

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V PĚSTOUNSKÉ PÉČI

(CHILD WITH DISABILITIES IN FOSTER CARE)

Bc. Markéta Uhlířová

Praha 2011

vedoucí práce: PhDr. Michaela Vítečková, Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

„Ráda bych poděkovala PhDr. Michaele Vítečkové, Ph.D. a Mgr. Lence Počtové za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytly při zpracování této práce. Mé poděkování patří i Bc. Janě Frantíkové ze Střediska náhradní rodinné péče v Praze za čas a ochotu přispět vlastními zkušenostmi a podnětnými nápady získanými během dlouholeté praxe s náhradními rodinami. V neposlední řadě můj dík patří všem respondentkám výzkumného šetření za to, že byly ochotny se podělit o své životní zkušenosti a zážitky, které nasbíraly na své cestě náhradním rodičovstvím“.

Bc. Markéta Uhlířová

PROHLÁŠENÍ

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu“.

V Praze dne

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Anotace

UHLÍŘOVÁ, Markéta. *Dítě se zdravotním postižením v pěstounské péči*. Praha : Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2011. 140 s. Diplomová práce.

V úvodních kapitolách diplomové práce s názvem „*Dítě se zdravotním postižením v pěstounské péči*“ jsou vymezeny základní pojmy související s problematikou zdravotního postižení a jsou zde taktéž nastíněny možnosti péče o dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu.

Další text se podrobně zabývá problematikou náhradní rodinné péče, vymezuje základní funkce rodiny a přibližuje jednotlivé formy náhradní rodinné péče, které se uplatňují v České republice pro zajištění péče o sociálně osiřelé děti.

Hlavní část práce pojednává o pěstounské péči, její historii a jednotlivých typech. Podává pohled na současný stav realizace pěstounské péče v České republice a rozebírá proces zprostředkování pěstounské péče s ohledem na dítě s postižením.

Výzkumné šetření na základě analýzy rozhovorů seznamuje se zkušenostmi, které během svého života nasbíraly matky-pěstounky, jež přijaly do péče dítě se zdravotním postižením. Práce je uzavřena zhodnocením získaných poznatků a nastíněním možností, jak jich využít pro ty, kteří o realizaci pěstounské péče přemýšlejí a byli by ochotni přijmout i dítě s postižením.

Klíčová slova

Rodina, náhradní rodina, náhradní rodinná péče, pěstounská péče, pěstouni, rodinná výchova, zdravotní postižení, dítě s postižením, znevýhodnění, ústavní péče, ústavní výchova, základní psychické potřeby, motivace.

ANNOTATION AND KEYWORDS

Annotation

UHLÍŘOVÁ, Markéta. *'Child with Disabilities in Foster Care'*. Prague : Faculty of Arts, Charles University in Prague, 2011. 140 pp. Graduation Thesis.

In the opening chapters of the thesis entitled *'Child with Disabilities in Foster Care'* are defined basic concepts relating to disability issues and there are also outlined options of care for a child with disabilities and their families.

More text in detail deals with foster care, defines the essential functions of the family and describes various forms of foster care, which are applied to provide care for orphaned children socially in the Czech Republic.

The main part of work deals with foster care, its history and particular types, given the current state of implementation of foster care in the Czech republic and discusses the process of mediation foster care with regard to the child with disabilities.

The survey based on analysis of interviews with the famaliare experience, that has accumulated during their life foster-mothers, who take care to children with disabilities. The work is concluded by an evaluation of lessons learned and outlining ways on how to use them for those, who think about implement of the foster care and they would be willing to accept a child with disabilities.

Keywords

Family, foster family, foster care, foster parents, family education, disability, child with disabilities, handicap, institutional care, basic psychological needs, motivation.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	13
1.1 Definice základních pojmů.....	13
1.2 Klasifikace zdravotního postižení.....	15
1.3 Příčiny vzniku postižení a jeho důsledky	17
1.4 Dítě se zdravotním postižením v rodinném systému	18
1.5 Péče o dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu	20
1.5.1 Ústavní péče	21
1.5.2 Sociální služby poskytované státními institucemi a nestátními organizacemi	25
1.5.3 Služby poradenských zařízení	27
1.5.4 Péče o děti se zdravotním postižením v náhradní rodině	28
2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE	30
2.1 Rodina	30
2.1.1 Funkce rodiny.....	31
2.1.2 Poruchy rodinného fungování.....	32
2.1.3 Základní dětské potřeby	33
2.2 Náhradní rodičovství.....	34
2.3 Formy náhradní rodinné péče	37
2.3.1 Osvojení	38
2.3.2 Pěstounská péče.....	41
2.3.3 Poručenská péče	42
3 PĚSTOUNSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	43
3.1 Historický vývoj pěstounské péče.....	43

3.2	Současná situace v oblasti pěstounské péče	47
3.2.1	Individuální pěstounská péče.....	51
3.2.2	Skupinová pěstounská péče	53
3.2.3	Pěstounská péče na přechodnou dobu.....	54
3.3	Zprostředkování pěstounské péče	56
3.3.1	Podání žádosti	57
3.3.2	Odborné posouzení.....	57
3.3.2.1	Odborná příprava.....	58
3.3.2.2	Psychologické vyšetření.....	61
3.3.3	Čekání na nabídku dítěte	65
3.3.4	Párování dětí a budoucích pěstounů	66
3.3.4.1	Indikace pěstounské péče.....	68
3.3.4.2	Zdravotnická dokumentace.....	73
3.3.5	Navazování kontaktu s dítětem a jeho převzetí do péče.....	75
3.4	Doprovázení, podpora a pomoc pěstounským rodinám	77
EMPIRICKÁ ČÁST		81
4	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	82
4.1	Cíl výzkumného šetření.....	82
4.2	Výzkumná strategie.....	83
4.3	Metoda sběru dat.....	83
4.4	Organizace šetření a sběr dat	84
4.5	Charakteristika zkoumaného vzorku	85
4.6	Analýza rozhovorů	87
5	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	88
5.1	Rozhodnutí o přijetí dítěte s postižením do pěstounské péče.....	88
5.1.1	Motivace matek k přijetí zdravotně postiženého dítěte	89
5.1.2	Řešení určité situace	89
5.1.3	Vliv příbuzných a členů rodiny	91
5.2	Péče o dítě se zdravotním postižením.....	93
5.2.1	Problémy v souvislosti s pěstounskou péčí.....	94
5.2.1.1	Důsledky osobní historie dítěte.....	94

5.2.1.2	Kontakt s institucemi a biologickou rodinou.....	95
5.2.1.3	Péče o dítě.....	97
5.2.2	Zdroje pomoci v péči o dítě s postižením	99
5.2.2.1	Institucionální pomoc.....	99
5.2.2.2	Sociální opora poskytovaná rodinou a blízkými.....	101
5.2.2.3	Péče o sebe sama.....	103
5.2.2.4	Další zdroje pomoci.....	104
5.3	Význam pěstounské péče.....	106
5.3.1	Význam pro dítě s postižením	107
5.3.2	Přínos pro členy pěstounské rodiny	108
5.4	Bilance života s dítětem s postižením	111
5.4.1	Naplnění vlastních očekávání	111
5.4.2	Doporučení.....	112
5.5	Závěr šetření a diskuse	116
ZÁVĚR.....		123
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY		125
SEZNAM PŘÍLOH		CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

„Není hezčích pohádek, než jsou ty, které píše sám život.“

(Hans Christian Andersen)

O tom, že dobře fungující rodinné prostředí je nezbytným předpokladem pro harmonický vývoj osobnosti dítěte, dnes není třeba pochybovat. Mnoho dětí však z nejrůznějších důvodů tráví své dětství v zařízeních ústavní výchovy, která jim sice poskytují péči a bezpečné zázemí, avšak nemohou zabezpečit naplnění všech jejich potřeb, zejména pak potřeby pevné sociální vazby a citového vztahu k jednomu specifickému sociálnímu objektu – „jeho člověku“. Naplnění této potřeby je důležité jak pro děti zdravé (byť jsou to děti, které si nesou s sebou kus pohnuté osobní historie, na níž nasedají různé obtíže psychického rázu, které se promítají do jejich života a vztahu k sociálnímu okolí), tak pro děti se zdravotním postižením – z důvodu jejich různých zdravotních omezení snad i dvojnásobně.

Jednou z cest k optimálnímu uspokojování jejich potřeb je zajištění péče v náhradní rodině. Pěstounská péče je jedním z institutů náhradní rodinné péče, jenž umožňuje dětem, které nejsou z právních nebo jiných faktických důvodů vhodné pro umístění do osvojení (zejm. děti se zdravotním postižením či znevýhodněním), vyrůstat v prostředí, v němž se mohou cítit nejen jistě a bezpečně, ale které jim také poskytne lásku, oporu, důvěru a bezpodmínečné přijetí.

Problematicke pěstounské péče je v současné době věnována velká pozornost. O jejím významu svědčí zájem široké odborné veřejnosti, která se vyjadřuje k otázkám zefektivňování systému pěstounské péče v České republice, vzrůstající počet organizací, které se zabývají přípravou a podporou pěstounských rodin, a také řada výzkumných prací na různých úrovních společenského bádání, jež se týkají procesu přijímání dětí do pěstounské péče, přípravy budoucích pěstounů na novou životní roli, adaptace dětí v pěstounské péči, sociální opory poskytované pěstounským rodinám, významem pěstounské péče a dalšími tématy.

Přes četné výzkumy v této oblasti však lze najít jen velmi málo prací, které by se přímo zabývaly problematikou pěstounské péče u dětí se zdravotním postižením. Při pátrání po zdrojích literatury nebyla nalezena samostatná ucelená monografie, která by se k tomuto tématu specificky vázala. Výjimku tvoří některé vysokoškolské kvalifikační práce (např. Novotná, 2010; Galusová, 2004), pasáže odborných publikací autorů, kteří se věnovali výzkumu pěstounských rodin (např. Sobotková, 2003; Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009), knihy beletristického charakteru (např. Janáková, 2007; Konečná, 2008; Soukupová, 2008; Zezulová, 2006) a příspěvky v periodikách (např. Frantíková, 2002) či na internetu, které přinášejí úryvky ze života pěstounských rodin. Tato práce by mohla problematiku pěstounské péče u dětí se zdravotním postižením uchopit v komplexnější a ucelenější podobě a pohlédnout tak na téma pěstounských rodin a dětí v pěstounské péči zase z trochu jiné perspektivy.

Cílem první části práce je zpracování teoretických východisek a dosavadních poznatků o problematice pěstounské péče, doplněné o aktuální údaje o stavu realizace pěstounské péče v České republice, s důrazem na problematiku dětí s postižením. V empirické části je cílem práce přiblížit a popsat, jaké zkušenosti nasbíraly matky-pěstounky v souvislosti s přijetím dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče, a tím zároveň podat přímé svědectví náhradních matek o důležitých momentech jejich života (potažmo životě pěstounských rodin) s dětmi s postižením.

Na tomto místě je taktéž důležité zmínit, jakým způsobem bylo přistoupeno ke zpracování empirické části práce. Jelikož jsou to většinou matky-pěstounky, které mají podstatnou úlohu v zahájení procesu o svěření dítěte do péče (respektive rozhodnutí o přijetí dítěte do péče) a během její realizace, byly právě ony vybrány jako respondentky výzkumného šetření, jehož ústředním tématem, jak již sám název práce napovídá, byly děti se zdravotním postižením.

V teoretické části práce jsou uvedena základní východiska zkoumané problematiky, do které je téma práce zasazeno. Část se věnuje zdravotnímu postižení a možnostem péče o dítě s postižením a jeho rodinu, část pak problematice rodiny a náhradní rodinné péče, konkrétně péče pěstounské. S důrazem na propojení s tématy, která se týkají dítěte se zdravotním postižením je zevrubně popsán zejména současný stav realizace pěstounské péče v České republice a proces jejího zprostředkování. V empirické části jsou posléze uvedeny výsledky kvalitativního šetření, respektive analýza rozhovorů s matkami-pěstovkami. Z jejich pohledu byly zodpovídaný dílčí výzkumné otázky, které se vztahovaly k tomu, co ovlivnilo jejich

rozhodnutí o přijetí dítěte s postižením? S jakými obtížemi se během realizace pěstounské péče u dětí s postižením setkaly a jak je zvládaly? Jakým způsobem dnes bilancují své zkušenosti a jaká doporučení pro jiné jim z toho vyplývají? A v neposlední řadě také, jaký význam pěstounské péči o děti s postižením ony samy přikládají?

Tato práce si i přes široký záběr zkoumaného tématu netroufá být vyčerpávajícím pojednáním o uvedené problematice, mohla by si však najít místo v hledáčku veřejnosti, která by se o problematice života s dětmi s postižením v pěstounské péči ráda dozvěděla více. Taktéž by přiblížením zkušeností matek-pěstunek mohla oslovit všechny ty, kteří uvažují o realizaci pěstounské péče, byli by ochotni si vzít dítě s postižením, avšak stojí před řadou otázek, na něž by rádi znali odpovědi. Práce by také mohla dílem přispět i ke zvýšení (respektive zlepšení) obecného povědomí o problematice pěstounské péče. Pro autorku bylo již samo psaní práce velmi obohacujícím, jak z odborného, tak i z osobního, čistě lidského hlediska.

Na závěr už jen krátký citát Jozefa Slowíka, který dokresluje, jakou cestou by se měli vydat všichni ti, kteří by si rádi otevřeli nové obzory v tématice, jež jim možná doposud zůstávala skryta: „*Ten, kdo chce získat pravdivější obraz o životě a situaci lidí s handicapem, musí začít přistupovat k této problematice se zdravým nadhledem, nepředpojatě a s dodatečnou dávkou otevřenosti a odvahy. Stejnou cestu museli absolvovat ti, kdo se rozhodli nezůstat k handicapovanému člověku v jeho obtížné situaci lhostejní a navázat s ním oboustranně přijatelný vztah*“ (Slowík, 2007, s. 21).

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

„Každé onemocnění je také cenná, nesdělitelná životní zkušenost nejen pro dětského pacienta samotného, ale i pro jeho rodinu, přátele a širší sociální prostředí. Je to zkouška hloubky lidskosti nás všech. Pomáháme-li překonávat utrpení svých bližních, pochopíme možná snáze smysl lidského bytí a sounáležitosti.“

(Říčan, Krejčířová)¹

První část textu je zaměřena na problematiku zdravotního postižení. V úvodu kapitoly je definován pojem zdravotní postižení a další termíny a kategorie s ním související. Dále jsou popsány příčiny a důsledky zdravotního postižení. Pozornost je věnována i fungování rodin s postiženým členem, možnostem péče o dítě s postižením a konkrétním formám pomoci poskytovaným rodinám vychovávajícím dítě s postižením.

1.1 Definice základních pojmů

Pojetí zdravotního postižení a pojmů s ním souvisejících se v minulosti často měnilo a procházelo řadou upřesnění a doplnění nejen v češtině, ale i v dalších jazycích. K terminologickému sjednocení pojmů v oblasti zdravotního postižení došlo po vydání Mezinárodní klasifikace postižení, vad a handicapů (ICIDH²), kterou schválila Světová zdravotnická organizace (WHO³) v roce 1980. Od té doby se nabízí následující definice: **postižení** (angl. **Disability**) představuje částečné omezení či ztrátu (úplné omezení) schopnosti člověka vykonávat různé činnosti takovým způsobem nebo v takovém rozsahu, jenž se pro něj považuje za normální (Slowík, 2007, s. 27).

V souvislosti s tímto pojmem se hovoří i o **znevýhodnění** čili **handicapu** (angl. **Handicap**). Rozumí se jím omezení, jemuž je daný jedinec vystaven vinou vady nebo postižení a jež mu ztěžuje naplnění určité sociální role, která je pro něj s ohledem na jeho věk, pohlaví a další socio-kulturní činitele normální (Slowík, 2007, s. 27).

¹ Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 66.

² Zkratka je odvozena z překladu anglického názvu International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

³ Zkratka je odvozena z překladu anglického názvu World Health Organisation.

Míra handicapu se u každého člověka liší. Podle Novosada (2000, s. 13) ji určuje rozsah pomoci poskytované člověku s postižením. Jak uvádí Slowík (2007, s. 27), je závislá především na druhu a stupni postižení, době vzniku poruchy, osobnostních vlastnostech jedince, společenském klimatu a úrovni péče o jedince.

Dítě s postižením je ve svých socializačních možnostech oproti svým vrstevníkům v mnoha směrech omezeno a nemůže zaujmout běžně očekávanou sociální roli. Znevýhodnění mu může pomoci kompenzovat tolerantní a prosociálně nastavené prostředí. Na úrovni pomoci a podpory ze strany společnosti, kterou dítě potřebuje k dosažení co největší samostatnosti, tak podle Blovske (2002, s. 25) závisí jeho konečné společenské postavení.

Pro úplnost je třeba zmínit ještě poslední pojem, bez něhož by nebylo možné identifikovat orgánové nebo funkční odchylky organismu – je jím **vada**, jinak také **porucha** neboli **defekt** (angl. **Impairment**). Lze ji charakterizovat jako ztrátu, narušení (abnormitu), omezenou schopnost vzniklou na základě porušené psychické, anatomické nebo fyziologické struktury či funkce organismu (Slowík, 2007, s. 26).

Matějček (2001, s. 7) v tomto ohledu spojuje uvedené definice v jeden celek a **zdravotním postižením** chápe „*nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti*“. Akcentuje zde omezení člověka se zdravotním znevýhodněním začlenit se co nejúplněji do společnosti, a to s ohledem na podstatu jeho handicapu.

Právní řád České republiky neobsahuje žádnou komplexní obecnou definici zdravotního postižení. Fischer a Škoda (2008, s. 33) uvádějí, že se o zdravotním postižení v širších souvislostech hovoří v zákoně č. 435/2004 Sb.⁴, o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, který rozděluje zdravotně postižené občany dle stupně zdravotního postižení do tří kategorií v závislosti na míře schopnosti zapojit se do pracovního procesu⁵.

Školský zákon⁶ naproti tomu vymezuje zdravotní postižení (pro účely tohoto zákona) jako mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, k němuž přidává ještě vady řeči,

⁴ Zákon o zaměstnanosti, § 67, odst. 2.

⁵ 1. osoba zdravotně znevýhodněná, 2. osoba se zdravotním postižením, 3. osoba s těžším zdravotním postižením.

⁶ Zákon č. 561/2004 sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, § 16, odst. 2.

souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování, čímž výše uvedené poruchy nepřímo třídí do skupin postižení.

Poslední zmínka k problematice výrazů, užívaných v této práci, se týká označení osob se zdravotním postižením. Ačkoli stále není sjednocena a ustálena nejvhodnější terminologie, v posledních letech se v celosvětovém měřítku prosazují termíny snižující negativní nádech vyjádření spojených s postižením (Votava, 2003, s. 12; Slowík, 2007, s. 30). Proto se před jinak eticky přijatelným označením zdravotně postižená osoba dává přednost spojení **osoba (člověk, lidé) se (zdravotním) postižením** (angl. Disabled; Person with Disability). Je možné také užívat termín osoba s handicapem nebo osoba se speciálními potřebami (angl. Person with Special Needs). Tyto výrazy se ale obsahově již trochu liší a jsou pojímány širěji než prvé dva. Pro účely této práce však budou výše uvedená spojení chápána jako synonyma a využívána příhodně danému kontextu bez jejich striktního odlišování.

1.2 Klasifikace zdravotního postižení

Při vyslovení výrazu osoba se zdravotním postižením si mnozí představí člověka na invalidním vozíku či chodícího o berlích. Pod tímto pojmem se však skrývá různorodá skupina lidí s odlišnými potížemi a specifickými potřebami. Zdravotní postižení je možné klasifikovat na základě různých kritérií.

V odborné literatuře a dalších oblastech lidského zkoumání se lze setkat s mnoha přístupy k rozlišení zdravotního postižení. Český statistický úřad v roce 2007 pro účely šetření zastoupení občanů se zdravotním postižením v české populaci užil rozlišení na šest základních typů zdravotního postižení, a to na postižení tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní a vnitřní⁷. Votava (2003, s. 13 – 14) naproti tomu rozeznává postižení tělesné (motorické), zrakové, sluchové, mentální, postižení vnitřními chorobami a odlišuje také demenci, psychiatrické pacienty, samostatné těžší poruchy řeči, kombinovaná postižení a další postižení.

Fischer a Škoda (2008, s. 20 – 21) využívají jako východisko pro rozlišení jednotlivých poruch dělení dle **druhu postižení, stupně postižení** (lehký, střední, těžký) a **doby jeho vzniku**

⁷ Průzkumem bylo zjištěno, že se v české populaci nachází 1 015 548 osob se zdravotním postižením, z čehož je 572 tisíc osob s vnitřním postižením, 550 tisíc osob s tělesným postižením, 128 tisíc osob s duševním postižením, 107 tisíc osob s mentálním postižením, 87 tisíc osob s postižením zraku a 75 tisíc osob s postižením sluchu. Více viz Novosad, 2009, s. 17.

(postižení prenatální, perinatální, postnatální)⁸. V následujícím přehledu jsou (s důrazem na postižení objevující se zejména v dětském věku) uvedeny jednotlivé typy poruch včetně konkrétních příkladů tak, jak je rozeznávají uvedení autoři (Fischer; Škoda, 2008, s. 20 – 21):

- **Poruchy tělesné (somatické):** vrozené (např. dětská mozková obrna, svalová dystrofie, rozštěp páteře) nebo získané poruchy hybného ústrojí vzniklé v důsledku úrazů nebo ztráty hybnosti (následky poranění míchy, amputace končetin aj.), chronických onemocnění a závažných chorob (tzv. civilizační choroby, např. astma či různá onkologická onemocnění).

- **Poruchy komunikace:** problémy spojené s vnímáním a přijímáním podnětů, jejich zpracováním a následnou reakcí na ně (např. různé druhy zrakového a sluchového postižení, poruchy řeči, specifické poruchy učení).

- **Poruchy mentální:** snížení rozumových schopností na základě vrozených defektů (např. mentální retardace, Downův syndrom, FAS – fetální alkoholový syndrom, fenylketonurie) a úbytek rozumových schopností v průběhu života (dementia).

- **Poruchy chování:** závažné odchylky chování, které jsou z hlediska určitých norem a pravidel pro společnost nežádoucí, přičemž se v úvahu bere jejich společenská závažnost a nebezpečnost (např. lhaní, závislostní chování, delikvence).

Často se v dnešní době lze setkat také s výskytem **kombinovaných poruch** (kombinovaná postižení, např. zraku a sluchu, mentální a tělesné postižení) a dalších **samostatných poruch**, jakými jsou například **psychiatrická onemocnění, epilepsie, poruchy autistického spektra** (autismus, Aspergerův syndrom), ADHD neboli **porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou**, a další (více viz Fischer; Škoda, 2008, s. 20 – 21).

O všech výše uvedených konkrétních formách poruch, příčinách jejich vzniku, projevech a terapii existuje nejen velké množství samostatných publikací, ale i také literatury zaměřené obecně na problematiku oboru, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami – **speciální pedagogiku**. Některé z těchto materiálů lze nalézt v seznamu literatury použité ke zpracování této práce.

⁸ Více viz Fischer; Škoda, 2008, s. 20 – 23.

1.3 Příčiny vzniku postižení a jeho důsledky

Osobnost člověka se utváří v závislosti na mnoha vnitřních i vnějších podmínkách a zdravotní postižení může být jednou z nich (Votava, 2003, s. 148). Příčiny vzniku postižení mohou být různého rázu. Jednak se na nich mohou podílet genetické dispozice, jednak vlivy vnějšího prostředí působící prenatálně, perinatálně či postnatálně – následkem onemocnění či úrazu (Vágnerová, 2004, s. 162). Pro budoucí život jedince je důležité, v jakém věku se postižení objeví. S ohledem na důsledky a subjektivně prožívanou zátěž zdravotního postižení, ale také i možnosti rozvoje, je dle Vágnerové (2004, s. 162) užitečné odlišovat postižení vrozené (postižení od narození nebo získané v časném dětství) a postižení získané v pozdějším věku.

Vrozené postižení působí na vývoj dítěte větší měrou, jelikož jej ovlivňuje již od raného věku. Dítě se už od počátku vyvíjí jinak než jeho zdraví vrstevníci, což omezuje jeho možnosti přijímat podněty z okolí a získávat sociální dovednosti a další zkušenosti v běžné mezilidské komunikaci a sociální interakci. V důsledku vrozeného postižení se jedinec musí neustále přizpůsobovat své životní situaci (Buřvalová; Reitmayerová, 2007, s. 10). Vágnerová (2004, s. 162) však poukazuje na to, že na druhou stranu není vrozené postižení pro jedince tolik traumatizující, neboť se na svůj handicap ve výše uvedených oblastech v průběhu života postupně adaptuje a lépe se tak vyrovná se svými omezenými možnostmi. Buřvalová s Reitmayerovou (2007, s. 10) dodávají, že je to zapříčiněno tím, že mu chybí vlastní zkušenost a srovnání dvou světů – světa zdraví a světa nemoci.

Jiná situace je u **později vzniklých postižení**. Zásadní otázkou je zde podle Buřvalové s Reitmayerové (2007, s. 10) schopnost přijmout nově vzniklou identitu. Jedinec má možnost srovnání dvou odlišných světů, což klade vysoké nároky na jeho adaptaci v souvislosti s novou situací. Postižení je zásahem do dosavadní identity a způsobuje větší duševní trauma – člověk si totiž uvědomuje, co ztratil a je nucen hledat nové způsoby vlastního fungování. Nebezpečím je odmítání přijetí pomoci zvenčí a uzavírání se před světem. Výhodou člověka se získaným postižením je naopak zachování jeho dřívějších schopností a dovedností (Vágnerová, 2004, s. 162). V minulosti totiž mohl oproti vrstevníku s vrozeným postižením získat mnoho kompetencí a načerpat hodně zkušeností, které mu mohou být užitečné v jeho dalším životě (např. schopnost představy prostoru u později osleplých lidí).

1.4 Dítě se zdravotním postižením v rodinném systému

Na rozvoj osobnosti dítěte působí nejen genetická výbava, ale i prostředí v němž od narození vyrůstá, a které je tvořeno sítí vztahů s osobami v jeho nejbližším okolí (Votava, 2003, s. 148). Prvním a nejdůležitějším prostředím pro život dítěte je společenství osob, které jsou na jeho budoucím osudu citově zainteresováni, ovlivňují jej a rozvíjejí – jeho rodina.

„Rodina může být místem, kde člověk najde lásku, porozumění a podporu, i když všechno ostatní zklame; kde se osvěžíme, nabereme novou sílu a úspěšněji se pak vyrovnáme s vnějším světem“ (Satirová, 1994, s. 20).

Každé dítě, které přichází na svět, je zcela jedinečné a má ve své rodině osobité, individuální životní a vývojové podmínky. Tyto podmínky v mnohém ovlivňují postoje rodičů k dítěti, o to více k dítěti s postižením. Víceméně v každé rodině se uplatňuje určitá tradice v nazírání na problematiku zdraví a nemoci. Závisí především na tom, který člen rodiny, v jakém období a jak byl dříve nemocen a jaké zkušenosti se v souvislosti s nemocemi v rodině z generace na generaci předávají. Rodičovské postoje k dítěti odrážejí jejich vlastní prožitky z dětství a dospívání, ze vztahu k rodičům, jejich zkušenosti z partnerského života atp. (Matějček, 2001, s. 23 – 25).

Stejně jako život dítěte ovlivňují jeho rodiče, tak i dítě s postižením ovlivňuje život svých nejbližších. Jeho vada, se kterou se narodí nebo ji získá někdy později, působí na celý rodinný systém a jeho fungování. Přítomnost dítěte s postižením v rodině je podle Vágnerové (2004, s. 164) příčinou toho, že se musí jistým způsobem změnit a přizpůsobit současný životní styl rodiny s ohledem na možnosti a potřeby dítěte. Dochází k velkému obratu rodinného soužití, je nutné změnit dosud platnou soustavu hodnot a zavedené zvyklosti, upravit denní rozvrh členů rodiny a jinak plánovat budoucnost. To všechno s sebou nese novou a velkou zátěž, jíž musí rodina a její členové čelit a co nejdříve se s ní vyrovnat (Matějček, 2001, s. 25). Dítě se stává středem pozornosti rodiny, v důsledku svého postižení se neobejde bez menší či větší podpory a pomoci, potřebuje naplňovat své základní potřeby jako všechny ostatní fyzicky zdravé děti, v některých oblastech však ve zvýšené míře.

Funkční rodinné prostředí má zvláště pro dítě s nějakým druhem postižení velký význam, zejména z hlediska zdravého rozvoje jeho osobnosti, uspokojování vztahových a emocionálních potřeb (viz dále kapitolu Základní dětské potřeby), kvality jeho života (jíž se

rozumí citlivé a vnímavé nastavení členů rodiny vycházející z přívětivé domácí atmosféry) a vytváření vlastní identity v rodině, jakožto sociální skupině, která má rozhodující význam pro formování dítěte v oblastech jeho mínění, chování a jednání (Slowík, 2007, s. 25). Votava (2003, s. 150) doplňuje, že je pro rozvoj osobnosti dětí s postižením důležitá pomoc celé společnosti vedoucí směrem k podpoře samostatnosti, perspektivě dosažení reálných životních, studijních nebo pracovních cílů, navázání sociálních vztahů s širším okolím a pevných citových vazeb s blízkými jedinci.

Jelikož je rodina nejpřirozenějším a nenahraditelným místem pro život dítěte, na důležitosti nabývá i potřeba časné výchovy. S výchovou je třeba začít již od počátku života dítěte, neboť vším, co rodiče pro dítě dělají, jej i vychovávají. U dětí s handicapem, jak uvádí Fitznerová (2010, s. 131), jde vývoj pomaleji a obtížněji než u dětí zdravých, ale je třeba vědět, že i beztak je zapotřebí postupovat cílevědomě kupředu a mít na paměti, že bez výchovné péče a úsilí, tělesné blízkosti a laskavého přístupu rodičů by se dítě za svými vrstevníky opožďovalo daleko výrazněji.

Handicapovanému dítěti podle Fitznerové (2010, s. 132 – 133) nestačí pouze jen spánek, hygiena a správné stravování, ale je dobré zavést dítěti pravidelný denní rytmus, během něhož jsou tyto činnosti střídány se společnou hrou, uměleckými činnostmi (např. malování, hudba, ruční práce), pohybovým cvičením a následnou relaxací – vše s ohledem na respektování možností a unavitelnosti dítěte. Je také nutné, aby rodiče dítěti přiměřeně jeho věku a schopnostem nastavovali hranice chování a byli důslední ve svých požadavcích, ale zároveň aby byli sami pro dítě transparentní a pochopitelní ve svém chování a jednání a uměli zhodnotit jeho reálné možnosti. Každé dítě, ať již je jeho postižení lehčí či těžší, je zapotřebí brát vážně, s pochopením, porozuměním a láskou tak, aby se cítilo nejen přijímáno, ale také aby se samo naučilo zacházet se svými možnostmi a omezeními, které jeho handicap představuje a bylo schopno si v co nejvyšší míře najít vlastní cestu životem (Fitznerová, 2010, s. 132 – 133).

Podle Matějčka (2001, s. 27) se zdravotně postižené děti vyvíjejí podle stejných zákonitostí a mají tedy stejné potřeby jako ostatní zdravé děti. To, co však činí jejich výchovu složitější a jejich vývoj nerovnoměrnější, je fakt, že se u nich vyskytují různá poškození mozkové tkáně, která způsobují, že některých podnětů se handicapovanému dítěti dostává málo a některými je naopak zase přesycováno. Zdravotně postižené dítě potřebuje zejména přiměřený, ale dostatečný přívod kvalitních smyslových podnětů z vnějšího okolí, a to ve správný čas, ve správné kvalitě a množství, prostřednictvím citových stimulů a vazeb potřebuje

zakusit a vytvořit pevný intimní citový vztah k jeho vychovatelům, zažít pocit bezpodmínečné lásky a pocit bezpečí, tolik důležitý pro jeho budování jeho sebedůvěry a životní jistoty (Matějček, 2001, s. 26). Ač se to zdá jako úkol velmi náročný, je podle slov prof. Matějčka v podstatě skoro vždy zvládnutelný.

Nejen dítě, ale i každá rodina s handicapovaným dítětem má kromě běžných potřeb i některé velmi specifické potřeby, které stejně intenzivně vyžadují jejich naplnění a uspokojení. Významná je pro tyto rodiny podpora blízkého okolí a místní komunity, zejména pak potřeba kontaktu, spolupráce, porozumění a sdílení zkušeností s rodinami, které se ocitly ve stejné nebo podobné náročné životní situaci a řeší obdobné potíže. Neméně důležité je také morální ocenění a přijetí ze strany společnosti, které rodinám dává možnost plnohodnotně se účastnit běžného společenského života. V péči o dítě s postižením rodinám vypomáhá také síť sociálních služeb⁹ a sociální pomoc poskytovaná státem formou finančních příspěvků – dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (Slowík, 2007, s. 35).

Slowík (2007, s. 35) dodává, že v případě, kdy rodina nemá dostatek vlastních zdrojů, které by jí pomohly překonat překážky a potíže spojené s postižením dítěte, klesá míra její vnitřní stability a koheze a zvyšuje se riziko sociální izolace. Důvodem, vyplývajícím z neuspokojivého stavu v rodině, vychází-li zejména ze závažného postižení, které vyžaduje náročnou a trvalou péči a pozornost ze strany dospělého člověka, může být i vyhledání jiné péče než péče rodinné. O možnostech péče o dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu, pojednává následující kapitola.

1.5 Péče o dítě se zdravotním postižením a jeho rodinu

Péče o děti se zdravotním postižením a jejich rodiny spadá v České republice do působnosti tří ministerstev: Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. V dalším textu jsou proto popsány současné formy péče o děti se zdravotním postižením v zařízeních ústavního typu, následně jsou představeny podpůrné služby poskytované státními a nestátními institucemi rodinám s handicapovaným dítětem. Poslední část kapitoly je věnována péči o handicapované dítě v náhradní rodině.

⁹ Více viz kapitolu: Sociální služby poskytované státními institucemi a nestátními organizacemi.

1.5.1 Ústavní péče

Jak bylo uvedeno v předchozím textu, zdravotní postižení může velmi silně zasáhnout nejbližší osoby postiženého člověka, o to více, jedná-li se o postižení dítěte. Krajiní situací může být rozhodnutí rodičů dát dítě, zvláště v raném dětství, do zařízení ústavního typu (Votava a kol., 2003, s. 148).

Potřeba zajistit dítěti jiné výchovné prostředí vzniká i na základě rozhodnutí soudu v případech, kdy rodina v péči o dítě selhává, a není možné zvolit jiný druh péče o dítě (Blovská, 2002, s. 27).

Zdravotně postižené děti mohou být umístěny ve všech typech ústavních zařízení. Klasickými typy těchto zařízení v péči o děti (nejen) s postižením jsou zvláštní dětská zařízení spadající pod resort zdravotnictví. Jsou jimi **kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let**. S ohledem na zlepšování podmínek pro vývoj zdravotně postižených dětí jsou některá tato zařízení dle Novosada (2009, s. 212) v současné době transformována na **dětská centra** pro handicapované a ohrožené děti.

Jejich služby zahrnují především ambulantní diagnostickou a lůžkovou léčebnou činnost, sociálně-pediatrické, psychologické a logopedické poradenství a poradenskou pomoc rodinám, které mají dítě v zařízení umístěné na dobu přechodnou. V dětských centrech jsou také budovány stacionáře, tj. oddělení pro denní pobyt dětí. Důležitou funkci tato zařízení také plní v procesu adopce či svěření dítěte do pěstounské péče – jejich součástí jsou i poradny pro náhradní rodinnou péči a kluby adoptivních rodičů nebo pěstounů. Rozsah služeb jednotlivých center je uzpůsoben skladbě a specifickým cílové skupiny dětí a také personálním a provozním možnostem dané instituce (Novosad, 2009, s. 212).

Podle posledních dostupných dat z roku 2009, uveřejněných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky a uvedených ve zprávě č. 13/2010 o činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2009, bylo v daném roce do těchto institucí z celkového počtu 1 966 přijato dětí 311 dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (převzato z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskyh-domovu-pro-deti-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-de>).

V návaznosti na výše uvedená zařízení působí v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy **školská zařízení ústavní výchovy**¹⁰, která dětem s postižením lehčího rázu ve věku od tří do 18-ti, případně 26-ti let (připravují-li se soustavně na povolání) poskytují výchovu, vzdělávání, zdravotní a sociální péči a plné zaopatření. Děti mohou být do těchto zařízení umístěny na základě rozhodnutí soudu, i na žádost rodičů či jiných zákonných zástupců dítěte (Blovská, 2002, s. 27).

V zařízeních spadajících pod toto ministerstvo pobývalo v roce 2009 dle autorů Nevládní zprávy o plnění Úmluvy o právech dítěte v České republice z celkového počtu 7 878 umístěných dětí celkem 4 069 s nějakým druhem postižení (převzato z: <http://www.vzd.cz/nevladni-zprava-vzd-o-dodrzovani-umluvy-o-pravech-ditete>). Podrobné údaje uvádí následující tabulky (viz Tab. č. 1 a Tab. č. 2), převzaté ze Statistické ročenky školství pro období 2009/2010, již každoročně sestavuje Ústav pro informace ve vzdělávání.

Zařízení	Celkem	Postižení										
		mentál- ní	slucho- vé	zrako- vé	vady řeči	těles- né	více vadami		vývojové poruchy	autismus	závažné poruchy chování	extrémní poruchy chování
							celkem	hlucho slepí				
Celkem	4 069	1821	35	94	223	20	242	15	680	9	748	197
dětský domov	2 034	1287	32	80	204	13	130	15	279	9	0	0
dětský domov se školou	618	166	1	1	1	1	46	0	221	0	170	11
výchovný ústav	986	286	1	7	5	6	53	0	71	0	383	174
diagnostický ústav	431	82	1	6	13	0	13	0	109	0	195	12

Tab. č. 1. Počet dětí s postižením ve školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy

Zdroj: <http://delta.uiv.cz/>

<http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

Tabulka č. 1 ukazuje, jaký počet dětí s konkrétním druhem postižení pobýval v roce 2009 ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v České republice. Celkově se zde nacházelo nejvíce dětí s mentálním postižením, vývojovými poruchami, kombinovaným postižením a vadami řeči.

¹⁰ „Forma péče o děti, které nemohou být ze závažných důvodů vychovávány ve vlastní rodině nebo jejichž výchova je vážně ohrožena nebo vážně narušena“ (převzato z: Adopce.com. Průvodce náhradní rodinnou péčí, 2007, s. 3). Ústavní výchovu dle zákona 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů nařizuje soud.

Tato čísla významně navyšovali jedinci se závažnými, respektive extrémními poruchami chování, umístění v dětských domovech se školou, výchovných a diagnostických ústavech, jichž byla celá jedna pětina všech dětí (845 dětí).

Věk dětí a mládeže	Celkem	Postižení										
		mentální	sluchové	zrakové	vady řeči	tělesné	více vadami		vývojové poruchy	autismus	závažné poruchy chování	extrémní poruchy chování
Celkový počet dětí	4 069	1821	35	94	223	20	242	15	680	9	748	197
Děti před začátkem PŠD	149	39	1	4	64	0	24	3	15	2	0	0
Děti ve věku PŠD	2 163	1138	23	63	137	10	154	12	433	7	171	27
Děti po ukončení PŠD	1 757	644	11	27	22	10	64	0	232	0	577	170

Tab. č. 2 Věk dětí s postižením ve školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy

Zdroj: <http://delta.uiv.cz/>

<http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

Z tabulky z č. 2 je zřejmá skladba postižených dětí ve školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy z hlediska jejich věku. Přibližně 2/3 z nich tvořily děti ve věku povinné školní docházky (v tabulce zkráceně PŠD) od 6-ti do 15-ti let. Nejčastěji se u nich vyskytovalo mentální postižení, vývojové poruchy, kombinované postižení a závažné poruchy chování. Děti, které ještě nedovršily věku k nástupu do povinného školního vzdělávání, bylo v roce 2009 celkem 149, nejvíce z nich s mentálním, kombinovaným postižením a vadami řeči. Děti, které ukončily povinnou školní docházku, bylo v uvedeném roce 1 757. Nejčastějším postižením u této věkové kategorie bylo postižení mentální, dále pak závažné poruchy chování a vývojové poruchy.

Řada dětí s postižením musí mít k úspěšnému zvládnutí povinné školní docházky přizpůsoben vzdělávací program. Pro děti, mající speciální vzdělávací potřeby a děti zařazené do škol zřízených při školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy, je zajišťováno **speciální vzdělávání**. Mohou se vzdělávat formou individuální nebo skupinové integrace v běžných mateřských a základních školách či v rámci speciálních škol, jimiž jsou mateřské školy speciální, základní školy praktické, základní školy speciální, základní školy pro zrakově postižené, sluchově postižené nebo tělesně postižené a speciální střední školy (Hanušová; Hrdinová; Štětková, 2009, s. 23 – 24).

Další variantou ústavní péče je využití tzv. rezidenčních sociálních služeb, tj. zařízení poskytujících dlouhodobý pobyt s ubytováním, jež spadají do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí. Podle Hanušové, Hrdinové a Štětkové (2009, s. 64) to jsou převážně koedukovaná zařízení pro děti se zdravotním postižením, která poskytují především pobytové a další doprovodné a návazné služby. Dříve byla tato zařízení nazývána ústavy sociální péče. V souvislosti se zavedením zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách však došlo v sociální oblasti k mnoha změnám, které se dotkly i oblasti poskytování služeb a péče o zdravotně postižené. Ústavy sociální péče pro mládež jsou proto nyní nahrazovány tzv. domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Do **domovů pro osoby se zdravotním postižením** podle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách bývají umísťovány mimo jiné i nezaopatřené děti se smyslovým, orgánovým, mentálním nebo kombinovaným postižením. Pro tyto děti pak s ohledem na jejich specifické potřeby přiměřeně platí ustanovení o právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy¹¹ (respektive ustanovení zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních). Péče je poskytována formou celoročního, týdenního či denního pobytu anebo formou pobytu na dobu přechodnou.

Služby těchto zařízení zahrnují výchovu v přidružených mateřských školách a školní vzdělávání ve škole při domově nebo mimo něj. Některé domovy zajišťují svým svěřencům také přípravu na budoucí povolání na středních školách, častěji ale v odborných učilištích, střediscích praktického vyučování nebo ve střediscích zácviku pro jednotlivá povolání, zřízených při konkrétním domově či na jiném místě. Kromě pobytů a výchovně-vzdělávací činnosti nabízí domovy též sociální, ošetrovatelskou a speciálně-pedagogickou péči (Hanušová; Hrdinová; Štětková, 2009, s. 64).

Není jasné, kolik dětí v současné době v domovech pro osoby se zdravotním postižením žije. Autoři Nevládní zprávy o plnění Úmluvy o právech dítěte v České republice konstatují, že do roku 2006 uváděly Statistické ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí počty klientů zvlášť v ústavech pro mládež a zvlášť v ústavech pro dospělé. O roku 2007 je uváděn pouze celkový počet klientů těchto domovů, což může údaje v mnohém zkreslit, neboť i v ústavech pro mládež mohou žít osoby starší 18-ti let. Jak udává zpráva, podle neoficiálních zdrojů, blízkých ministerským, by se v těchto zařízeních mělo vyskytovat okolo 1 000 dětí (převzato z: <http://www.vzd.cz/nevladni-zprava-vzd-o-dodrzovani-umluvy-o-pravech-ditete>).

¹¹ Proto jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením v této kapitole zařazeny mezi zařízení ústavní péče.

1.5.2 Sociální služby poskytované státními institucemi a nestátními organizacemi

Rodiny s dítětem se zdravotním postižením mají v současné době poměrně širokou škálu možností, kam se obrátit o pomoc při péči o handicapované dítě. Ve **státní sféře** je touto možností využití sociálních služeb poskytovaných **obcemi a kraji** (v rámci resortu Ministerstva práce a sociálních věcí), které vytvářejí podmínky pro rozvoj sociálních služeb a jsou zároveň zřizovateli některých organizací. Jednotlivé sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Významnou úlohu v celém komplexu služeb mají dle § 54 zákona o sociálních službách terénní služby **rané péče**, které se poskytují dítěti a rodičům zdravotně postiženého dítěte do věku sedmi let. Zaměřují se jak na podporu rodiny, tak i podporu vývoje dítěte prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, sociálně-aktivizačních, terapeutických a jiných činností s ohledem na jeho specifické potřeby.

Rodiny s dítětem s postižením mohou využívat také služby, která se objevuje teprve v posledních letech – **odlehčovací péče**. Odlehčovací služba je dle § 44 souborem terénních, ambulantních a pobytových služeb, poskytovaných v zařízeních sociálních služeb nebo v domácím prostředí, které pomáhají rodinám zvládat náročnou péči o děti s postižením a předcházet fyzickému nebo psychickému vyčerpání rodičů. Poskytují pečujícím osobám čas k odpočinku, zástup v době nemoci atp. Jejich cílem je podpora funkčnosti rodinného systému a zvyšování kvality života rodiny se zdravotně postiženým členem.

Další formou sociálních služeb jsou stacionáře. **Denní stacionáře** (např. Dětské centrum Paprsek, Integrační centrum Zahrada) poskytují prostřednictvím ambulantních služeb podporu a odbornou pomoc rodinám s dětmi s postižením. Jejich cílem je minimalizovat důsledky postižení dítěte a napomáhat tomu, aby dítě mohlo bez větších obtíží vyrůstat ve vlastní rodině. **Týdenní stacionáře** naproti tomu dle § 47 poskytují dlouhodobější pobytové služby ve specializovaném zařízení. Zaměřují se dále na rehabilitační, sociálně-terapeutickou, zdravotní, psychologickou a výchovně-vzdělávací péči o děti s postižením.

V poslední době taktéž nabývá na významu využívání **osobní asistence** v péči o děti se zdravotním postižením, která spočívá v pomoci dítěti se zvládáním běžných denních činností a sebeobsluhy (hygiena, stravování, oblékání, atp.), ve zprostředkování kontaktu se širším

sociálním okolím, výpomoci při výchovně-vzdělávacích a volnočasových činnostech, podpoře rozvoje schopností a dovedností dítěte atd. (více viz § 39 zákona o sociálních službách).

V nestátní sféře plní významnou úlohu v poskytování sociálních služeb také činnost **nestátních neziskových organizací** – občanských sdružení, spolků, nadačních fondů nebo nadací pracujících ve prospěch lidí s postižením. Činnost těchto organizací je o to cennější, že je často realizována formou dobrovolné aktivity bez nároku na odměnu nebo honorář, přesto však většinou s velkým nasazením a ve vysoké kvalitě. Doplnují to, co systému státní sociální péče uniká, nebo co není schopen v dostatečné míře nabízenými službami podchytit (Blažek, Olmrová, 1994, In Slowík, 2007, s. 43).

V České republice existuje řada neziskových organizací, které směřují své služby na pomoc handicapovaným dětem a jejich rodinám. Jde o široký záběr činností od pořádání výletů, letních dětských táborů, organizování zájmových kroužků a dalších volnočasových aktivit až po poskytování odlehčovací péče, osobní asistence, vzdělávacích aktivit atd. Ze známých organizací s celorepublikovou působností lze jmenovat například občanské sdružení Apla – Asociaci pomáhající lidem s autismem, Asociaci rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice, o. s. a jednotlivé její kluby, Diakonii Českobratrské církve evangelické. Některé z organizací však působí pouze vybraných částech České republiky. Na území hlavního města Prahy a v jeho blízkém okolí poskytují své služby¹² například Asistence, o. s., Hyperaktivita, o. s., občanské sdružení Máme otevřeno?, Okamžik, sdružení pro podporu nejen nevidomých, Škola SPMP Modrý klíč a další. V oblasti péče o mentálně a fyzicky handicapované děti působí také různé nadace. Za všechny je možné jmenovat Nadaci Naše dítě.

Kompletní informace (včetně kontaktních údajů) o jednotlivých poskytovatelích sociálních služeb ve státní i nestátní sféře v České republice, jejich činnosti a cílové skupině je možné vyhledat na webových stránkách: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1300549235056_1, kde byl v souvislosti se zavedením zákona o sociálních službách zřízen pod hlavičkou Ministerstva práce a sociálních věcí **Registr poskytovatelů sociálních služeb**, jenž mapuje rozsah a charakter sítě sociálních služeb v České republice.

„Zapojit se do činnosti ve prospěch znevýhodněných spoluobčanů – ať už členů rodiny, přátel, sousedů nebo našich bližních můžeme prakticky všichni. Kromě jiného je to zřetelný projev vytváření skutečné občanské společnosti“ (Slowík, 2007, s. 43).

¹² V abecedním pořadí.

Nezastupitelné místo v oblasti sociální péče o děti s postižením mají **svépomocné skupiny** a další občanské aktivity vzniklé z iniciativy lidí s postižením, jejich rodin a přátel, které vyjadřují a hájí zájmy zdravotně postižených dětí. Jak uvádí Blovká (2002, s. 26), jedná se zejména o různá společenství rodičů zdravotně postižených dětí, prvotně nejčastěji seskupená za účelem vzájemné podpory a pomoci při výchově dětí, která prostřednictvím ozdravných pobytů, sociálního poradenství, sociálně-aktivizačních služeb, osvětové činnosti (vzdělávací semináře, informování veřejnosti atp.), přispívají k rozvoji péče o tyto děti a usilují o zlepšení kvality jejich života (např. Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s., Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o. s., Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně SDMO, o. s.).

1.5.3 Služby poradenských zařízení

Jak již bylo uvedeno, v oblasti speciálně-pedagogické péče o děti se zdravotním postižením je možné využívat široké nabídky podpůrných služeb různých zařízení a institucí dle potřeby dětí. Kromě nabídky sociálních služeb, o nichž bylo pojednáno v předchozí kapitole, mohou rodiny s handicapovaným dítětem využívat služeb školských poradenských zařízení a dalších specializovaných poradenských zařízení. Na školách poradenské služby zabezpečují **výchovní poradci, školní metodici prevence, školní psychologové a speciální pedagogové**. Zajišťují odbornou podporu žákům s vývojovými poruchami učení a chování, podílí se na integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a komunikují s dalšími zařízeními.

Pedagogicko-psychologickou a speciálně-pedagogickou diagnostiku, konzultace a poradenství ve vztahu k vývoji, možnostem výchovy a vzdělávání dětí a mládeže poskytuje dětem od tří do 19-ti let věku, jejich rodinám, ale také i pedagogickým pracovníkům na školách síť **pedagogicko-psychologických poraden**.

Dalším podpůrným zařízením jsou **speciálně-pedagogická centra**, která poskytují komplexní péči žákům se zdravotním postižením, kteří jsou integrováni v mateřských a základních školách a dalších školských zařízeních. Zpracovávají odborné podklady pro integraci handicapovaných dětí do školy, pomáhají jim v začleňování mezi jejich vrstevníky, provádějí speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytují poradenské služby jejich rodinám a pedagogům atd.

Dle druhu postižení dítěte se rodiče mohou obrátit o radu a pomoc na další specializovaná zařízení působící mimo školskou oblast. Jsou jimi: **logopedické poradny** zřizované při zdravotnických zařízeních, odděleních foniatrie, ORL¹³, dětských odděleních či v soukromých zařízeních, **DYS-centra** neboli zařízení poskytujících komplexní péči v oblasti specifických vývojových poruch učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie) a chování (např. syndrom ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou), dále pak **rehabilitační stacionáře a centra léčebné rehabilitace** pro děti s postižením pohybového ústrojí, **tyflocentra a tyfloservisy** pro zrakově handicapované, **střediska výchovné péče** pro děti s negativními jevy v chování a další soukromá zařízení. V rámci činnosti těchto zařízení je možné využívat různých služeb léčebných terapií, jimiž jsou například muzikoterapie, arteterapie, bazální stimulace, herní terapie, hipoterapie nebo canisterapie.

1.5.4 Péče o děti se zdravotním postižením v náhradní rodině

Poslední alternativou, nikoli však pro dítě méně vhodnou, je péče v náhradní rodině. Náhradní rodinná péče, o níž bude podrobně hovořeno v dalších částech práce, však v případě opuštěných dětí s postižením bývá spíše výjimkou a mnoho z nich pro svůj handicap proto stráví své dětství v ústavních zařízeních (Slowík, 2007, s. 36).

Biskup (2002, s. 24) uvádí, že mnohdy není životní perspektiva opuštěných dětí dobrá a upozorňuje na skutečnost, kdy se i roky nedaří vytipovat vhodné žadatele, ačkoli se jedná o děti, které mohou být okamžitě uvolněny do náhradní rodinné péče. Tento fakt vysvětluje selháním dvou faktorů, jimiž jsou jednak celospolečenské klima, málo propagující a podporující rodinné soužití, a jednak nedostatek konkrétní pomoci opuštěnému dítěti s postižením (ve smyslu nedostatečného zabezpečení péče úměrné postižení dítěte). Autor zdůrazňuje, že je pro zasažení se o jeho příznivý vývoj po stránce sociálně-zdravotní (po selhání biologické rodiny) nutná spolupráce a zapojení státních i nestátních organizací a soukromých osob (Biskup, 2002, s. 24).

Statistické údaje ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2009 ukazují, že alespoň některé ze zdravotně postižených dětí se v současné době mají během roku šanci dostat z ústavní do náhradní rodinné péče (viz tabulku č. 3: Počet dětí v náhradní rodinné péči v roce 2009) a získat tak možnost vyrůstat v rodinném prostředí.

¹³ Otorinolaryngologie, v překladu do českého jazyka: ušní, nosní, krční.

Kraj	Počet dětí v náhradní rodinné péči k 1. 1. 2009	Počet dětí umístěných v průběhu sledovaného roku		Počet dětí v náhradní rodinné péči k 31. 12. 2009	
		celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených
Hlavní město Praha	817	209	8	874	41
Středočeský	1 317	324	5	1 414	33
Jihočeský	788	177	5	811	33
Plzeňský	679	195	3	710	43
Karlovarský	601	117	0	608	7
Ústecký	1 550	368	8	1 705	37
Liberecký	641	160	3	692	19
Královéhradecký	667	146	10	703	56
Pardubický	488	132	6	540	41
Vysočina	449	119	5	496	35
Jihomoravský	1 139	221	7	1 152	53
Olomoucký	854	208	4	919	36
Zlínský	542	151	4	589	39
Moravskoslezský	2 028	497	9	2 200	55
Celkem ČR	12 560	3 024	77	13 413	528

Tab. č. 3 Počet dětí v náhradní rodinné péči v roce 2009

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/8538>

Z tabulky je patrné, že se v roce 2009 v náhradní rodinné péči (pěstounské péči, osobní péči poručníka a péči jiné fyzické osoby než rodiče) nacházelo celkem 528 dětí, z nichž největší počet byl v péči rodin ze Královéhradeckého, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Naopak nejméně dětí měly v péči náhradní rodiny v Karlovarském kraji. Ze statistiky je také možné vyvodit, že se v průběhu roku 2009 v České republice podařilo do náhradní péče umístit 77 zdravotně postižených dětí z celkového počtu 3 024 dětí. Ačkoli to není číslo nijak závratné, alespoň některé z dětí tak dostaly šanci se později lépe zařadit do života společnosti.

Proto, aby bylo možné charakterizovat, jaké možnosti umístění do náhradní rodinné péče mají v současné době děti se zdravotním postižením, čím musí projít žadatelé, kteří jsou ochotni do své péče přijmout dítě s postižením, jak a kým je v současné době zajišťována odborná pomoc náhradním rodinám, které vychovávají dítě se zdravotním postižením, je zapotřebí obecnější uvedení do problematiky náhradní rodinné péče a vymezení základních pojmů, které se k řešenému tématu vztahují. Více o této problematice proto pojednávají následující kapitoly.

2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE

„Pouto, jež spojuje tvou skutečnou rodinu, není v krvi, ale ve vzájemné úctě a radosti vašich životů. Málokdy vyrostou členové jedné rodiny pod jednou střechou“

(Richard Bach)¹⁴

V následující části práce je věnována pozornost systému náhradní rodinné péče v České republice. Na začátku kapitoly je charakterizována rodina a její funkce ve vztahu k výchově a naplňování potřeb dítěte. Dále jsou v textu stručně představeny hlavní formy náhradní rodinné péče, které je dítěti v rámci českého právního systému možné zprostředkovat. Jsou jimi: adopce neboli osvojení, pěstounská péče a poručenská péče.

2.1 Rodina

Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí, která vznikla především z potřeby potomstvo nejen reprodukovat, ale také chránit, vychovávat, vzdělávat, starat se o ně a připravovat pro budoucí život ve společenství muže, ženy a případně dalších blízkých osob (Matějček, 1994, s. 15). Ačkoli se její podoba v průběhu historie měnila a dodnes mění, je stále nejvýznamnější formou organizace soukromého života – přirozeným společenstvím osob vycházejícím ze vztahů partnerských a příbuzenských.

Její specifikum podle Výrosta a Slaměníka (1998, s. 303) spočívá zejména v tom, že je nezastupitelnou primární sociální skupinou, jedinečným prostředím, které jedinci zprostředkovává první sociální zkušenosti, jejichž prostřednictvím si osvojuje základní kulturní vzorce, vzorce chování a hodnotový systém, přejímá nové životní role, učí se interakci se svým sociálním okolím a orientaci v interpersonálních vztazích. Rodina poskytuje člověku zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, umožňuje mu uspokojování jeho potřeb a pomáhá mu budovat osobní identitu v průběhu jeho vývoje (Fischer a Škoda, 2008, s. 187).

¹⁴ Převzato z: <http://citaty.net/>.

Na důležitou úlohu rodičů upozorňuje Vágnerová (1999, s. 94), když dodává, že jsou to právě rodiče, kteří „svým chováním, reakcemi a podněty, které směřují k dítěti, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho, orientovat se v něm, organizovat informace a zkušenosti do významových vzorců, kterými se dítě zmocňuje okolního světa“.

2.1.1 Funkce rodiny

Z hlediska společnosti i jedince samotného plní rodina řadu funkcí. Tyto funkce vyplývají z komplexu mnoha vzájemně podmíněných vztahů hmotné i nehmotné povahy, na nichž je rodina založena. Obecně se rozlišují **funkce primární** (pro člověka z velké části nezbytné a nenahraditelné) a funkce **sekundární** (mající v životě člověka spíše doplňkový charakter, např. funkce rekreační, odpočinková, vzdělávací, zájmová). Mezi primární řadí Výrost a Slaměník (1998, s. 325) funkci:

- **Biologicko-reprodukční**, která předně plní důležitou úlohu ve vztahu k reprodukci společnosti a je jedním z neobvyklejších důvodů pro existenci rodiny, ačkoli v dnešní době vlivem rozvoje medicínských oborů (genetika) a změnou životního stylu současných generací (dobrovolně bezdětná manželství, matky – samoživitelky, homosexuální páry vychovávající dítě atp.) ztrácí více než dříve na svém významu.

- **Materiální (ekonomickou)**, jež prostřednictvím pracovní činnosti ekonomicky produktivních členů rodiny zajišťuje všem ostatním dostatečné materiální zabezpečení. I tato funkce je dnes pro existenci rodiny méně důležitá než tomu bylo kdysi. Určitou materiální jistotu totiž dává možnost dosáhnout na vybrané sociální dávky, jež společnost poskytuje na základě systému státních sociálních podpor.

- **Výchovnou (sociální)**, která formuje vztah dítěte k okolnímu světu, prostřednictvím rodinných a sociálních interakcí jej učí základním sociálním dovednostem důležitým pro jeho všestranný harmonický vývoj a zařazení do společnosti a působí také jako regulátor nežádoucího chování.

- **Emocionální (psychologickou)**, jež je zcela jedinečnou a nezastupitelnou funkcí zejména v neútlejším věku, kdy dítě poznává svět prostřednictvím „svých lidí“, kteří se o ně v prostředí domova denně starají, projevují mu svou lásku, náklonnost, budují v něm pocit důvěry v okolní svět a připravují jej na první samostatné kroky při vstupu do společnosti.

Prostřednictvím emočního vztahu dítě může ke svým blízkým trvale přilnout, sdílet s nimi společné zážitky, pocítit bezvýhradné přijetí a podporu v těžkých chvílích, uskutečňovat svůj potenciál a formovat vlastní Já v důvěrném a intimním prostředí nejbližších. V některých rodinách je to však právě emocionální funkce, která nejméně saturuje dětské potřeby a působí zranění na dětských duších.

2.1.2 Poruchy rodinného fungování

Jestliže rodina není schopna plnit základní požadavky na ni kladené, nebo pokud dostatečným způsobem neplní některou z důležitých rodinných funkcí, dochází v takové rodině k poruchám jejího fungování. Dunovský (1999, s. 106 – 109) na základě své praxe definoval čtyři typy rodin:

- **Funkční rodiny**, v nichž je zajištěn dobrý prospěch a vývoj dítěte.
- **Problémové rodiny**, v nichž se objevují závažnější poruchy, které však výrazným způsobem neohrožují rodinný systém nebo vývoj dítěte a rodina je tak schopna své problémy řešit buďto vlastními strategiemi nebo za využití odborné pomoci zvenčí.
- **Dysfunkční rodiny**, kde se již vyskytují vážné poruchy rodinného fungování, které poškozují celou rodinu a tedy i prospěch dítěte, a je proto nutné přijmout řadu externích opatření, nazývaných jako sanace rodiny¹⁵, která v rodinném prostředí podporují zachování nebo obnovu funkcí rodiny za pomoci profesionála z pomáhající profese.
- **Afunkční rodiny**, ve kterých poruchy dostoupily již do stádia, kdy rodina závažným způsobem škodí a ohrožuje existenci jejích členů a je nezbytné dítě z rodiny odejmout a umístit jej do bezpečnějšího prostředí ústavního zařízení nebo náhradní rodiny.

Obecně jsou rodiny, v nichž dochází k různým poruchám, nazývány jako **rodiny dysfunkční**. Sobotková (2007, s. 35) na dysfunkci rodiny nahlíží jako stav rodiny, v níž „*jeden nebo více členů produkují maladaptivní, nezdravé chování*“. Dle autorky se tyto rodiny projevují nejčastěji popíráním či neřešením problémů, nejasnou komunikací a vzájemným obviňováním, chybějící intimitou mezi členy rodiny, potlačováním osobní identity a individuálních potřeb jednotlivých členů rodiny na úkor dysfunkčního rodinného schématu, chyběním jasně vymezených hranic, pravidel a kompetencí členů rodiny atd. Mohou také

¹⁵ Více viz Bechyňová, Sanace rodiny – sociální práce s dysfunkčními rodinami, 2008.

produkovat individuální psychopatologii a mohou (ale nemusí) se stát pro její členy zdrojem negativního vývoje, poruch chování či případně různých sociálně-patologických jevů. Naopak ale i psychopatologie jednoho člena rodiny může zpětně ovlivňovat fungování rodiny jako celku (Sobotková, 2007, s. 35).

2.1.3 Základní dětské potřeby

Aby byl dítěti zajištěn optimální všestranný vývoj, musí být rodina schopna uspokojit jeho základní psychické potřeby. Matějček a Langmeier (1974, s. 282 – 287) ve své známé knize Psychická deprivace v dětství udávají, že je potřebné umožnit dítěti vyrůstat v prostředí, v němž se dítě cítí bezpečně, v prostředí, které je stimulující a bohaté na množství, proměnlivost a druhy podnětů, poskytuje dítěti podmínky k účinnému učení (struktura a uspořádání podnětů), umožňuje uspokojovat potřebu citových vztahů, spolehlivých citových vazeb k specifickému sociálnímu objektu, dává mu rozvinout potřebu společenského uplatnění k dosažení hodnotných cílů, seberealizace a naplnění a podílí se tak na harmonickém rozvoji jeho osobnosti.

Dunovský (1999, s. 49 – 53) rozděluje **základní potřeby dítěte** do čtyř skupin, které jsou sestaveny do pomyslné pyramidy. Její základnu tvoří potřeby **biologické** (potřeba světla, tepla, řádné výživy, dostatku spánku atp.), nad nimiž jsou potřeby **psychické** (potřeba náležitého přísunu podnětů zvenčí, potřeba smysluplnosti a řádu ve výchově, potřeba životní jistoty a důvěry, potřeba vlastní hodnoty a identity, potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy) a potřeby **sociální** (např. potřeba lásky a bezpečí, bezvýhradné akceptace, emocionální jistoty, pevných sociálních vazeb). Na jejím vrcholu pak stojí potřeby **vývojové** (motivace, možnost rozvoje vlastních schopností a dovedností atp.), jejichž naplnění dává dítěti prostor pro rozvoj důležitých osobnostních charakteristik, které formují jeho vztah k sobě a ke světu.

Pokud však jde o uspořádání rodiny, není z hlediska dítěte až tak důležité, zda osoba nebo osoby, které se o ně starají a uspokojují jeho potřeby, jsou vzájemně svázány na základě zákonného potvrzení, případně mají-li na jeho výchovu potvrzení z porodnice. Nemusí se proto vždy jednat jen o jeho biologické rodiče. Dítě potřebuje vyrůstat v prostředí stálém, vřelém a přijímajícím jeho individualitu, ať již je jakákoli. Jedině tak se může, jak uvádí Matějček, rozvíjet po stránce duševní i charakterové v osobnost zdravou a společnosti užitečnou (1994, s. 16). Dítě za své rodiče přijímá ty, kteří se k němu mateřsky a otcovsky chovají. Je pro ně

podstatné, když poznává, že jsou okolo něj lidé, kterým na něm záleží, na něž je spolehnutí, patří k němu a je mu s nimi dobře. Kvalita vztahu mezi rodiči a dítětem tak tvoří pevný základ jeho budoucího úspěšného vývoje. Pro dítě by rodina měla znamenat základní životní jistotu – vklad, který je v moci každého člověka (Matějček, 1994, s. 17).

2.2 Náhradní rodičovství

Stejně „stará“ jako samotná instituce rodiny, je i **instituce náhradního rodičovství**. Již v dávné minulosti lidského rodu byly děti bez rodičů v mnoha kulturách přijímané cizími lidmi za vlastní. V průběhu kulturního vývoje byly formulovány a vydávány zákony, které umožňovaly přijetí dítěte do náhradní péče a daly základ různým formám náhradní rodinné péče tak, jak je známe dnes. Jelikož společnost poznala, že jde o velmi důležitou a záslužnou věc, existuje v dnešní době bohatý výběr možností rodinné výchovy pro ty děti, které z nějakého důvodu nemohou vyrůstat ve vlastní, biologické rodině (Matějček, 1994, s. 21).

Původně byly děti do rodiny svými novými rodiči voleny, nyní jsou to však rodiče, kteří jsou pro vhodné děti vybírání. Hovoří se o tzv. **zájmu dítěte** (podle čl. 3, odst. 1 mezinárodní Úmluvy o právech dítěte), který má vždy přednost před zájmem rodičů (Matějček, 2002, s. 12). Podle Kovaříka (2004, s. 101) zájem dítěte znamená největší prospěch pro blaho dítěte, konkrétně pak takovou konstelaci okolností životní situace dítěte, kdy mohou být trvale, smysluplně a individuálně přiměřeně uspokojovány jeho základní životní potřeby.

Pokud se rodiče o své děti nemohou z nějakých důvodů starat (např. kvůli závažnému nebo dlouhodobému onemocnění, špatné sociální a finanční situaci, výkonu trestu odnětí svobody), péči nezvládají (např. selhávají z důvodu vlastní nevyzrálosti, závislosti na drogách či alkoholu, mentální retardace nebo poruch osobnosti), anebo ji ani nechtějí vykonávat (své dítě odloží či jim je odebere soud), je povinností státu zajistit v rámci sociálně-právní ochrany dětí těmto **sociálně osiřelým a opuštěným dětem** výchovu, péči a bezpečí. Sociálně osiřelými jsou dle Bubleové a Kovaříka (2002, s. 18) myšleny děti, které se nikoli vlastním zapříčiněním ocitly mimo zázemí své biologické rodiny, a u nichž není příliš velká naděje, že by se rodinná situace změnila k lepšímu tak, aby se v blízké době mohly vrátit zpět do své původní rodiny.

Institut **sociálně-právní ochrany dětí** je zakotven v rámci právního systému České republiky v řadě předpisů obecného charakteru (Ústava České republiky – Listina základních

práv a svobod, Úmluva o právech dítěte), konkrétní právní ustanovení se pak nachází v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů a v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Prostřednictvím orgánů sociálně-právní ochrany dětí, které zároveň přebírají úlohu opatrovníka, jež zastupuje dítě namísto jeho rodičů – zákonných zástupců dítěte, je dětem hledána rodina náhradní (Bubleová; Vávrová, 2010, s. 5). Cílem práce sociálních pracovníků oddělení péče o rodinu a dítě a dalších pracovníků státních institucí (např. kojeneckých ústavů, dětských domovů, psychologických poraden, soudů a dalších zařízení) i nestátních organizací, kteří hájí zájmy opuštěných a ohrožených dětí, je zajistit jim výchovu v takovém prostředí, jež se zdravé, normálně fungující rodině co nejvíce přibližuje (Bubleová, 2007, s. 207). Jejich role je velmi důležitá, a proto také vyžaduje navázání intenzivní a cílevědomé týmové spolupráce.

V případě, kdy rodina není schopna plnit některé své funkce, se nejprve se zvažuje, zda není možné, aby se péče o dítě ujala jiná osoba než rodič, například někdo z příbuzných¹⁶. Pokud takovéto řešení situace není možné, je nutné zajistit dítěti **náhradní výchovnou péči**¹⁷ v **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** (např. dětská centra – zvláštní dětská zdravotnická zařízení působící v mnoha krajích České republiky, Klokánek – zařízení Fondu ohrožených dětí pro děti vyžadující okamžitou pomoc, Dům tří přání, o. s. aj.) nebo v zařízení pro výkon **ústavní výchovy** (viz kapitolu Ústavní péče).

Zkušenosti odborníků v této oblasti ukazují, že je pro děti příznivější, aby nejprve pobývaly v citově neutrálním prostředí a teprve poté se postupně seznámily se svými novými vychovateli a jejich rodinném prostředím a citově se na ně navázaly. Opuštěné děti většinou totiž přicházejí z dysfunkčních rodin a jejich psychická rovnováha bývá tímto do jisté míry narušena. Pozvolný kontakt s novými rodiči tak vhodně podpoří jejich snadnější usazení se v náhradní rodině (Bubleová; Kovařík, 2002, s. 20).

Adaptaci na pobyt v nové rodině v současné době slouží tzv. institut **předadopční a předpěstounské péče** (viz kapitolu Navazování kontaktu s dítětem a jeho převzetí do péče), kdy dítě pobývá po dobu nejméně třech měsíců v budoucí náhradní rodině, a to na její vlastní náklady.

¹⁶ Viz § 45, odst. 1, zákona o rodině: svěření dítě do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče.

¹⁷ „Forma péče o děti, které nemohou být z nejrůznějších důvodů vychovávány ve vlastní rodině – nejčastější formou je ústavní péče“ (převzato z: Adopce.com. Průvodce náhradní rodinnou péčí, 2007, s. 3).

Trvalejší umístění dítěte do ústavní výchovy by mělo být spíše prozatímním řešením. Celkově se však podle dostupných informací (datovaných ke dni 1. 7. 2009) v současné době nachází v ústavních zařízeních (resortů Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí) České republiky zhruba 21 – 22 000 dětí. Z toho 7 – 7 500 ve školských zařízeních (dětských domovech, dětských domovech se školou, výchovných ústavech a diagnostických ústavech), 1 500 ve zdravotnických zařízeních (kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let) a cca 11 – 12 000 dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (převzato z: <http://www.vzd.cz/nevladni-zprava-vzd-o-dodrzovani-umluv-y-o-pravech-ditete>).

Konkrétní počty dětí vyrůstajících v letech 2003 – 2009 ve zdravotnických zařízeních, tj. v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let¹⁸ a ve školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy, ilustruje tabulka č. 4.

Typ zařízení	Počet dětí						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
KÚ a DD pro děti do tří let	1 624	1 570	1 565	1 470	1 407	1 418	1 391
Dětský domov	–	–	4 869	4 815	4 618	4 739	4 704
Dětský domov se školou	–	–	815	724	674	742	787
Výchovný ústav	–	–	1 400	1 404	1 430	1 546	1 534
Diagnostický ústav	–	–	537	516	705	793	853

Tab. č. 4 Počet dětí v kojeneckých ústavech, dětských domovech pro děti do tří let, dětských domovech, dětských domovech se školou, výchovných a diagnostických ústavech

Zdroj: <http://www.vzd.cz/nevladni-zprava-vzd-o-dodrzovani-umluv-y-o-pravech-ditete>

Nyní ale od malé odbočky zpět k hlavnímu tématu kapitoly – náhradnímu rodičovství. Činnost sociálních pracovníků by tedy měla směřovat především k tomu, aby se dítě (je-li to možné) mohlo co nejdříve vrátit zpět ke svým biologickým rodičům.

Pokud se však i přes snahu o úpravu stávajících poměrů v rodině nejeví návrat dítěte z ústavního zařízení do původní rodiny jako reálný, nastupuje možnost zprostředkovat dítěti náhradní rodinnou péči, a to v prostředí adoptivní nebo pěstounské rodiny (Bubleová; Vávrová, 2010, s. 5). Další text je proto věnován stručnému vymezení jednotlivých forem náhradní rodinné péče tak, aby bylo možné lépe se zorientovat v systému náhradní rodinné péče České republiky.

¹⁸ V tabulce jen KÚ a DD pro děti do tří let.

2.3 Formy náhradní rodinné péče

Vedle možnosti **svěřit dítě do péče jiné fyzické osoby než rodiče** lze dle stávajících zákonů České republiky umístit dítě na základě rozhodnutí soudu, kterému tato kompetence přísluší, také do **osvojení, pěstounské péče, pěstounské péče na přechodnou dobu** nebo **péče poručenské**.

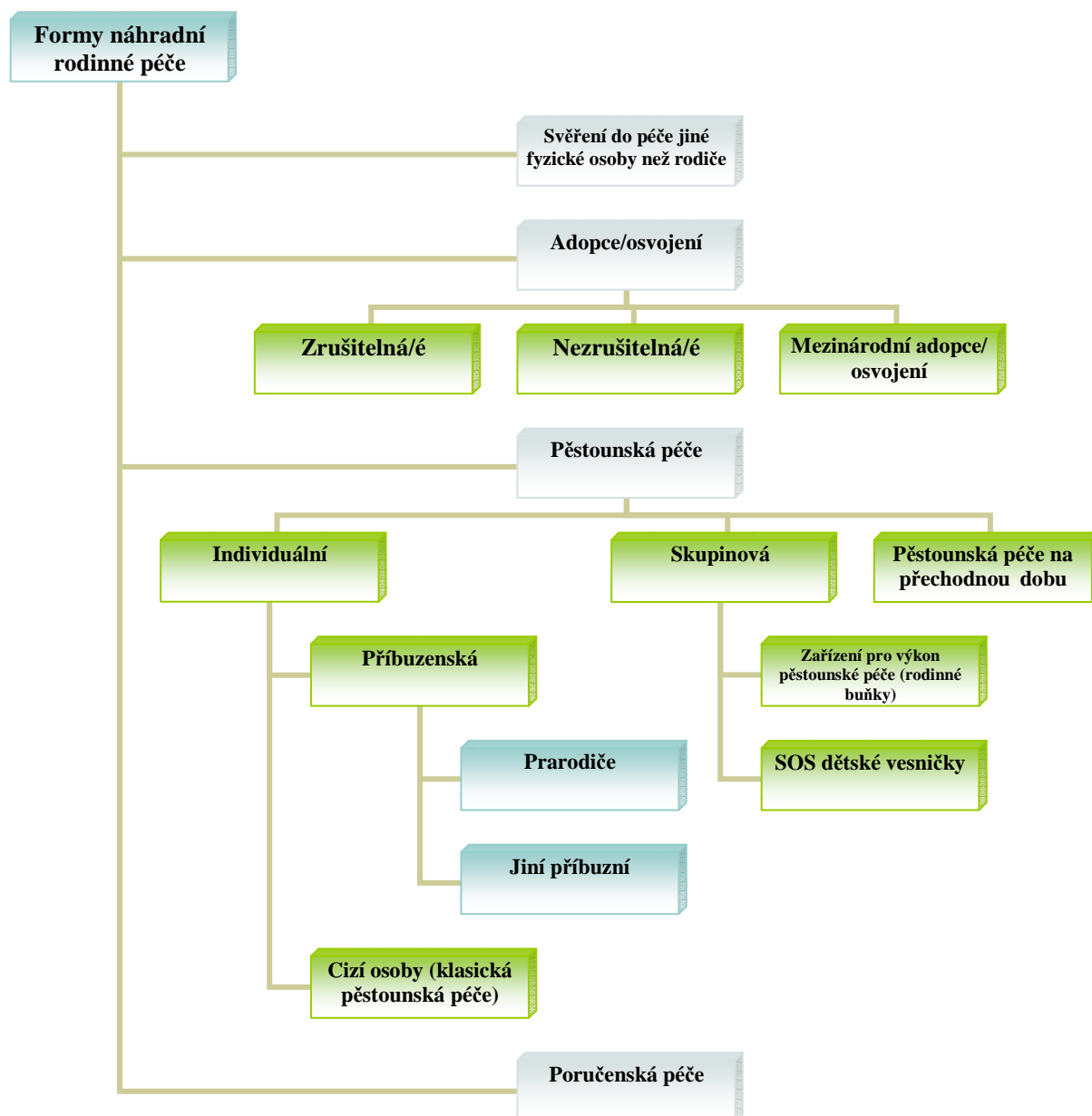


Schéma č. 1 Přehled forem náhradní rodinné péče¹⁹.

¹⁹ Inspirací pro jeho zpracování byly přehledy Jiřího Kovaříka (Náhradní rodinná péče, 1999, s. 32), Věduny Bubleové (Osvojení a pěstounská péče, 2002, s. 13) a kolektivu Střediska náhradní rodinné péče (Průvodce náhradní rodinnou péčí; převzato z: http://www.nahradnirodina.cz/files/File/pruvodce_NRP_2010.pdf).

Aby bylo možné si utvořit představu o jednotlivých formách náhradní rodinné péče a jejich vzájemném propojení, bylo vytvořeno schéma (viz Schéma č. 1), které znázorňuje současný model náhradní rodinné péče v České republice.

Jelikož je však třeba uvedenou problematiku zasadit také do konkrétnějšího teoretického rámce, jsou v následujících kapitolách postupně představeny jednotlivé formy náhradní rodinné péče podle toho, jak se blíží normální, přirozené rodině.

Každá forma náhradní péče má dle Matějčka (1999, s. 45) své přednosti a úskalí, svá silná i slabá místa. Jedno je jim všem však společné: dítě je vychováváno lidmi, kterým se nenarodilo a jako svůj vklad do života si nese genetické dispozice, jimiž je vybavili jiné lidé. Před novými vychovateli dítěte tak stojí velmi těžký úkol – naučit se mu rozumět, pochopit ho, přijmout ho se vším, s čím do nové rodiny přichází a přizpůsobit dosavadní životní styl rodiny tak, aby byl vyhovující pro obě strany. Nejpevnější, avšak zároveň nejnáročnější formou náhradní péče v České republice je adopce neboli osvojení.

2.3.1 Osvojení

Tato forma náhradní péče se nejvíce přibližuje péči o dítě ve vlastní, pokrevní rodině. Právní úpravu je možné nalézt v § 63 – 77 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Adopcí přijímají manželé, manžel nebo manželka rodiče dítěte a ve výjimečných případech i jedinec (samožadatel/ka) za vlastní cizí dítě, přičemž k němu získávají stejná práva, ale i povinnosti, jaká k němu mají jeho biologičtí rodiče. Po osvojení práva biologických rodičů zanikají a naopak v plném rozsahu přecházejí na osvojitele (Gabriel; Novák, 2008, s. 42). Osvojením tedy vzniká příbuzenský svazek mezi osvojencem, osvojitelem a jejich příbuznými. Dítě zároveň získává i příjmení nových rodičů (§ 65). Nově vzniklé rodiny nepobírají žádné zvláštní dávky, nýbrž se pohybují v systému sociálních dávek přiznávaných běžným rodinám s dětmi (Bubleová, 2007, s. 210).

Zákon o rodině stanovuje, že osvojit lze pouze nezletilé a tzv. **právně volné dítě**, starší jednoho roku (§ 75). K právnímu uvolnění dítěte je zapotřebí písemného souhlasu biologických rodičů uděleného před soudem nebo orgánem sociálně-právní ochrany dětí nejdříve šest týdnů

po narození dítěte. Nemá-li dítě zákonného zástupce, zastupuje jej v řízení o osvojení opatrovník (Bubleová, 2007, s. 210).

Pokud rodiče po dobu šesti měsíců neprojevují o dítě, které se nenachází v jejich péči, ale v péči jiné osoby či zařízení, opravdový zájem, nenavštěvují-li ho, ani se neinformují o jeho zdravotním stavu a vývoji, stává se dítě pro tzv. **kvalifikovaný nezájem** taktéž právně volným (§ 68). Stejně tak je tomu i tehdy, nejeví-li rodiče o dítě od jeho narození **žádný zájem**, a to po dobu nejméně dvou měsíců.

V souhrnu tedy dítě může být adoptováno v případě, že jeho biologičtí rodiče zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti či k osvojení svolili nebo pokud soud na základě svého rozhodnutí potvrdil opravdový nezájem. K osvojení lze přistoupit i tehdy, pokud bylo dítě prohlášeno za nalezenec. Teprve po splnění těchto podmínek je možné dítěti zprostředkovat náhradní péči v adoptivní rodině (Bubleová; Vávrová, 2010, s. 7).

Zákon o rodině rozlišuje dvě základní formy osvojení, které se od sebe liší možností zrušit právní akt, na jehož základě bylo dítě přijato do nové rodiny. Jsou jimi:

- **Osvojení zrušitelné (tzv. osvojení I. stupně)**, které je možné v budoucnu na návrh osvojence nebo osvojitelů zrušit. Novelou zákona o rodině z roku 2006 jsou nyní (stejně jako u osvojení nezrušitelného) zapisováni noví rodiče do rodného listu dítěte. Původně v rodném listě zůstávali i po osvojení jeho původní rodiče (Gabriel; Novák, 2008, s. 42).

- **Osvojení nezrušitelné (tzv. osvojení II. stupně)**, které je v praxi podle Bubleové a Kovaříka (1999, s. 33) využíváno častěji. Od zrušitelného osvojení se odlišuje tím, že se jedná o akt, který po pravomocném rozhodnutí soudu již nelze zrušit. Práva a povinnosti jsou dítěte a osvojitelů jsou tak již trvalá (Gabriel; Novák, 2008, s. 43).

Z údajů vybraných ze statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí vyplývá, že v posledních letech je do osvojení a péče budoucích osvojitelů umisťováno zhruba tisíc dětí ročně. Jedná se o poměrně velký propad oproti období do roku 2004, kdy se počet dětí, které se ročně podařilo umístit do nových adoptivních rodin pohyboval kolem 1 300 – 1 500 dětí (viz Tab. č. 5). Poslední dostupný údaj z roku 2009 hovoří o 992 adoptovaných dětech²⁰. Počet dětí, které ročně odcházejí do osvojení zrušitelného tvoří zhruba 10 % (převzato z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>) celkového počtu adoptovaných dětí.

²⁰ Údaje ve statistických ročenkách MPSV za léta 2005 – 2009 rozlišují počty dětí v osvojení a v péči budoucích osvojitelů. Pro přehlednost a úplnost byla tato data dána dohromady a dále uvedena v jejich celkovém součtu.

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Osvojení/adopce	1656	1481	1420	1329	1297	1159	1012	998	1043	992

Tab. č. 5 Počet dětí umístěných ve sledovaném roce do osvojení

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Do adopce jsou nejčastěji svěřovány děti s dobrou zdravotní prognózou, příznivým tělesným a mentálním vývojem, které lze předat osvojitelům již v raném věku (Bubleová, 2007, s. 210). Podle Matějčka (1999, s. 46) to má souvislost jednak s potřebou osvojitelů naplnit svou vlastní rodičovskou identitu, a jednak s tím, že přijaté dítě nelze již tak lehce nahradit jiným, což žadatele o osvojení vede k tomu, aby požadovali zdravé a pokud možno potenciálně úspěšné dítě.

Adopce dětí s postižením proto není častou záležitostí. V praxi se spíše stává, že si rodina ponechá a láskyplně a obětavě vychovává i dítě nemocné nebo postižené, u něhož byla choroba či vada zjištěna nebo rozvinuta až po jeho převzetí do péče. Ke zjištění zdravotní prognózy dítěte je proto důležité se seznámit s podrobnými anamnestickými daty biologických rodičů a zdravotnickou dokumentací dítěte.

Na závěr již jen malý dodatek. V případě, že se dítěti nedaří najít adoptivní rodinu v České republice, naskytá se od roku 1993 (v České republice od roku 2000) na základě Úmluvy o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, přijaté Haagskou konferencí mezinárodního práva soukromého, možnost osvojit dítě ze zahraničí, a to prostřednictvím institutu tzv. **mezinárodního osvojení**. Tato úmluva stanovuje kompetence a povinnosti jednotlivých institucí, které na mezinárodním osvojení participují, upravuje podmínky a postup sociálně-právních orgánů, a zaručuje také biologickým rodičům dítěte naprostou anonymitu a vylučuje jakékoli podvodné jednání a prospěch na uvolnění dítěte do adopce (Bubleová, 2007, s. 211).

Podle § 3 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí zastává v České republice funkci zprostředkovatele mezinárodního osvojení Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, sídlící v Brně. Úřad se svou činností podílí na správě a vedení veškerých záležitostí, které se týkají mezinárodních adopcí, řeší protiprávní zadržení dětí v cizině (tzv. mezinárodní únosy), poskytuje jim ochranu a soustředí se také na vymáhání výživného na rodičích žijících v zahraničí.

2.3.2 Pěstounská péče

Další z forem náhradní rodinné péče je pěstounská péče. Tomuto tématu je věnován velký prostor v dalším textu práce, proto je v této podkapitole pro bližší pochopení a lepší orientaci v problematice jen stručně načrtnuta obecná charakteristika pěstounské péče.

Právní úpravu pěstounské péče v současné době vymezují dva hlavní zákonné předpisy, a to zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Kromě toho se realizace pěstounské péče řídí zákonem **č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře**, ve znění pozdějších předpisů a právními předpisy o sociálním zabezpečení, které se týkají nemocenského a důchodového pojištění rodičů – pěstounů.

Pěstounskou péči je možné definovat jako zvláštní, státem garantovanou, formu náhradní rodinné péče, která zajišťuje materiální zabezpečení a výchovu sociálně osiřelým dětem a stejně tak i odměnu (stanovenou zákonem o státní sociální podpoře) těm, kteří je přijmou do své péče (Bubleová, 2007, s. 213). Bubleová a Kovařík (1999, s. 35) uvádějí, že cílem pěstounské péče je dát dětem možnost vyrůstat v náhradním rodinném prostředí, pokud nemohou dlouhodobě pobývat v prostředí vlastní rodiny nebo nemohou být svěřeny do osvojení, a jestliže odosobněná institucionální péče ohrožuje jejich zdravý vývoj. Gabriel a Novák (2008, s. 46) doplňují, že pěstounská péče je tedy nejlepším řešením pro všechny děti, jež nejsou právně volné, a které by v případě neexistence pěstounské péče musely strávit dětství v ústavních zařízeních.

Podle § 45 zákona o rodině, soud svěří dítě pěstounům osobně do péče, pokud jejich osoby poskytují záruku řádné výchovy dítěte. Matějček (1994, s. 23) konstatuje, že pěstouni na základě tohoto rozhodnutí přijímají určitý závazek vůči společnosti a přebírají odpovědnost za výchovu dítěte a jeho přípravu na budoucí život. Pěstouni mají právo zastupovat dítě v omezeném rozsahu, a to pouze v běžných záležitostech. Pro zásadní rozhodnutí musí žádat souhlas rodičů, případně soudu, neboť zákonnými zástupci jsou stále biologičtí rodiče dítěte. Jejich styk s dítětem není tímto krokem vyloučen. Pěstounská péče zaniká zletilostí dítěte, případně může být zrušena rozhodnutím soudu.

Jak již bylo uvedeno, do pěstounské péče jsou nejčastěji umisťovány děti sociálně osiřelé, které potřebují soustavnou individuální péči a výchovu v přijímající a citově

angažované náhradní rodině. Podle Bubleové (2007, s. 213) jde zejména o děti starší, tj. děti ve věku povinné školní docházky, dále pak o skupiny sourozenců, děti jiné národnosti či jiného etnického původu (v České republice v posledních letech nejčastěji romského etnika) a také děti, které mají různé potíže psychomotorického nebo somatického rázu a jsou tedy výchovně náročnější.

Obecně se uvádí, že jsou jimi děti, u nichž je zjištěna těžká porucha na zdraví bez příznivé prognózy (děti s těžkými vadami, ať vrozenými či získanými, děti s mentální retardací různého stupně atp.), děti s nejistým odhadem budoucího vývoje (např. trpící epileptickými záchvaty, vrozenými vadami srdce nebo děti vykazující poruchy chování), děti s fetálním alkoholovým syndromem, vážnou dědičnou zátěží nebo s těžkou vadou zraku nebo sluchu (převzato z: <http://magistrat.praha-mesto.cz/Urady/Odbory-magistratu/socialni-pece-a-zdravotnictvi/area5188>).

2.3.3 Poručenská péče

Je-li dítě již staršího věku, je složitější najít pro ně novou náhradní rodinu. Proto se nabízí varianta poručenské péče. Soud může na základě § 68 zákona o rodině ustanovit dítěti poručníka, který se stává jeho vychovatelem a zákonným zástupcem (nikoli však příbuzným) namísto biologických rodičů, kteří buďto zemřeli, byli zbaveni či omezeni ve své rodičovské zodpovědnosti nebo nemají způsobilost k právním úkonům. Výkon jeho funkce podléhá podle § 80 pouze pravidelnému dohledu soudu, jemuž musí poručník každý rok odevzdávat zprávy o vývoji a prospívání dítěte a žádat jej o schválení důležitých rozhodnutí, která se dítěte týkají. Tím je také vyloučeno riziko zásahu biologických rodičů do spravování záležitostí dítěte.

Pokud se poručník o dítě osobně stará, má nárok na stejné zabezpečení, jaké je přiznáváno pěstounským rodičům. Poručenství se tak v mnohém (Gabriel; Novák, 2008, s. 53) podobá pěstounské péči a je považováno za alternativu klasické pěstounské péče.

Porovnáním institutu poručenství a pěstounské péče z hlediska práv a povinností náhradních vychovatelů dítěte je však třeba konstatovat, že poručenství je pěstounské péči (tím, že je poručník zároveň zákonným zástupcem dítěte) do jisté míry nadřazeno. Nicméně ani poručník nedosahuje postavení osvojitelů, kteří mají právo rozhodovat o věcech týkajících se dítěte sami a nepotřebují souhlasu biologických rodičů, soudu, ani nikoho jiného.

3 PĚSTOUNSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

„Někteří lidé vstoupí do našeho života a zase odejdou. Někteří zůstanou jen chvíli a navždy změní náš život.“
(Neznámý autor)²¹

Následující kapitola se podrobně věnuje historickému vývoji pěstounské péče, jejímu současnému stavu v České republice a rozlišení jednotlivých typů pěstounské péče. V závěru je také popsán průběh procesu zprostředkování dítěte do pěstounské péče a jsou zde také načrtnuty možnosti podpory náhradních rodin ze strany nestátních institucí a organizací.

3.1 Historický vývoj pěstounské péče

Péče o opuštěné a osiřelé děti má v českých zemích poměrně bohatou historii a v mnohém navazuje, jak uvádí Bubleová (2000, s. 46), na historický vývoj náhradní péče o tyto děti v Evropě.

Za předchůdce placené pěstounské péče je možné považovat instituci kojných, která se začala objevovat několik set let před naším letopočtem. Ve starověkém Římě a řeckých městských státech byly kojnými ženy, které nabízely své služby manželkám patriciů – příslušníků privilegovaných vyšších vrstev. **Kojné a chůvy** měly své místo i ve středověku. Působily na panovnických dvorech, ve šlechtických sídlech i v domácnostech bohatých městských rodin. Placené chůvy existovaly až do poloviny 19. století, kdy se jim dostalo úředního názvu „pěstounů“ (Bubleová, 2000, s. 46).

Ve větším měřítku je možné první snahy o řešení situace opuštěných dětí datovat do roku 787, kdy byl v italském Miláně založen historicky první nalezinec. Postupem času byly především ve Francii a v Itálii zřizovány další. Nejznámější z nich, který se na dlouhou dobu stal vzorem péče o opuštěné děti, a to zejména pro možnost anonymního odložení dítěte do tzv. **otáčedla** neboli torna milosrdných, umístěného ve dveřích u vchodu do každého ústavu, byl založen ve 13. století v Římě (Bubleová, 2000, s. 46). Obdobná zařízení byla podle Gabriela

²¹ Převzato z: <http://citaty.net/>.

a Nováka (2008, s. 12) zřizována i v kostelech ve francouzském Rouenu. Jednalo se o mramorové mísy, kam mohly matky odložit nechtěné novorozence. O tyto děti se po jejich převzetí poté staraly zbožné osoby. Jelikož ale ústavní činnost narážela na mnohé problémy, zejména nedostatek financí, vysokou úmrtnost dětí a nesouhlas veřejnosti, byly nalezince často zavírány (Bubleová, 2000, s. 46).

Významnou osobností, která se zasadila o změny v systému péče o opuštěné děti, byl **Johann Heinrich Pestalozzi**, jenž zdůrazňoval význam rodinné výchovy a nezbytnost svěřování dětí do náhradních rodin. Ve Francii byl proto v roce 1804 zaveden institut pěstounské péče, na jehož základě bylo možné umístit opuštěné děti po jejich krátkodobém pobytu v ústavu za peněžní náhradu do náhradních rodin (Bubleová, 2000, s. 46).

První institucí pečující o opuštěné děti v českých zemích byl Vlašský špitál, založený v roce 1575, který poskytoval ochranu chudým a opuštěným dětem. Nemanželským dětem byl určen pražský nalezinec, jenž sloužil jako přechodný útulek předtím, než byly děti svěřeny do pěstounské péče (Bubleová, 2000, s. 46). **Vládním dekretem** z roku **1788** bylo dle Bubleové upuštěno od výhradního postavení nalezinců v péči o opuštěné děti a sirotky a připuštěna možnost pěstounské péče. Novorozené děti měly být na základě tohoto dekretu ponechány matce či kojné do té doby, než se našla vhodná příležitost pro jeho umístění ve venkovské péči (Bubleová, 2000, s. 46).

V souladu s tím byly formulovány i zásady pro pěstounky. Měly jimi být ženy vdané nebo ovdovělé, zdravé, zabezpečené, zachovalé a mravně způsobilé. Lékaři ověřovali i fyzickou způsobilost rodiny, způsobilost obydlí a způsobilost pěstounky ke kojení. Za převzaté dítě pěstounky dostávaly stejný denní plat, jaký bylo možné získat za práci v zemském nalezinci. Po šestém roce věku pěstouni museli dítě buď vrátit do ústavu (s možností získat jiné), nebo si je mohli ponechat a starat se o ně, ale již bezplatně (Gabriel; Novák, 2008, s. 13 – 14).

Péčí o opuštěné děti se na začátku 20. století v českých zemích zabývalo několik institucí, které svou činností utvořily formální základ sociální péče o ohrožené děti. Významnou institucí byl Zemský výbor v Čechách pro péči po mládež, který zřídil v roce 1902 Zemský sirotčí fond, z něhož byl rodinám, které přijaly opuštěné dítě, vyplácen příspěvek na péči. O dva roky později začaly v jednotlivých okresech země vznikat Okresní komise pro péči o mládež, které poskytovaly péči ohroženým dětem a přerozdělovaly příspěvky ze sirotčích fondů (Bubleová, 2000, s. 46 – 47). Později, v roce 1908, byl zřízen vrcholný orgán – Česká zemská komise pro péči o mládež (v roce 1921 na základě stanov pro péči o mládež přejmenovaná na

Zemské ústředí péče o mládež), která koordinovala a podporovala činnost okresních komisí (později Okresní péče o mládež), zakládala a podporovala ústavy pro opuštěné děti. Důležitou úlohu měly tzv. sociální tajemnice, které se zabývaly zejména prací v terénu – vyhledáváním sociálních případů, stanovováním diagnózy a rozhodováním o způsobu pomoci (Bubleová, 2000, s. 46 – 47).

Bubleová (2000, s. 49) dále uvádí, že rozvoji pěstounské péče přálo zejména období první republiky. Dětské domovy v té době byly koncipovány jako přechodná záchytná zařízení pro malé skupiny dětí. Sloužily spíše diagnostickým a ozdravným účelům. Děti se zde měly především tělesně a psychicky zotavit a osvojit si základní hygienické návyky. Po krátkodobém pobytu bylo možné vrátit dítě zpět do původní rodiny nebo pro ně nalézt vhodnou adoptivní či pěstounskou rodinu, případně jej předat do ústavu pro úchylnou mládež. Pěstounská péče se v tomto období dělila na čtyři základní typy.

- **Pěstounská péče „nalezenecká“** navazovala na pobyt dítěte v nalezinci nebo sirotčinci. Děti byly svěřovány do péče cizím osobám, jimiž byli nejčastěji manželé, ale jen do určitého věku. Poté se muselo dítě vrátit zpět do ústavu.

- **Pěstounská péče řízená a kontrolovaná Okresními péčemi o mládež**, jejichž pracovníci vyhledávali spolehlivé, zdravé, mravně bezúhonné pěstouny se stálým bydlištěm a zaměstnáním, kteří by byli schopni dítěti zajistit řádnou výchovu a péči.

- **Pěstounská péče v tzv. rodinných koloniích**, tedy v seskupení rodin žijících v jedné obci, okrese nebo těsném sousedství, založených za účelem péče o ohrožené děti. Tyto kolonie spravovaly Okresní péče o mládež, které rodiny zároveň kontrolovaly a podporovaly při výchově svěřených dětí.

- **Pěstounská péče vzniklá na základě soukromé dohody mezi rodiči a cizími osobami bez soudního jednání**, která postupem času přešla v péči prarodičů nebo jiných příbuzných dítěte a přetrvala až do 70. let 20. století (Matějček a kol., 1999, s. 29 – 30).

V období Protektorátu Čechy a Morava klesl počet dětí, které přicházely do náhradní rodinné péče, jelikož nežidovské děti byly předávány spíše do péče příbuzenské. Po druhé světové válce došlo ke změně a zvýšil se zájem o „zdravé a neproblémové děti z dobrých vlasteneckých rodin“ postižených válkou (Gabriel; Novák, 2008, s. 19).

Po roce 1949 se změnil celý systém náhradní péče o ohrožené děti. Jak podotýká Bubleová (2000, s. 50), byl zlikvidován propracovaný prvorepublikový systém péče o tyto děti, zrušena činnost charitativních sdružení a příbuzných zařízení, veškerá péče o děti byla zestátněna a převedena do pravomoci ministerstev a státních odborů. Pěstounská péče (kromě formy příbuzenské) byla zrušena o rok později a obnovena až v roce 1973 (Matějček a kol., 1999, s. 30). Gabriel a Novák (2008, s. 20) upozorňují, že byla možná pouze na základě soukromé dohody rodičů a pěstounů. Nový systém péče o děti totiž proklamoval pouze kolektivní výchovu dětí ve velkých ústavech izolovaných od okolního světa.

Roku 1973 byl vydán zákon č. **50/1973 Sb., o pěstounské péči**, který legalizoval stávající formy výchovné péče (Bubleová, 2000, s. 51). Jak doplňují Gabriel s Novákem (2008, s. 19), kodifikoval také výběr pěstounů a nároky a vztahy mezi dítětem a pěstouny. Zákon byl později zrušen a v současné době je právní úprava pěstounské péče zakotvena v zákoně o rodině a zákoně o sociálně-právní ochraně dětí.

V 70. letech se zdařilo Sdružení přátel SOS dětské vesničky (v čele s předsedou Jiřím Dunovským) vybudovat **SOS dětské vesničky** v Doubí u Karlových Varů (1969) a ve Chvalčově na Kroměřížsku (1973) a byl také položen základní kámen k vesničce v Brně – Medlánkách. Vesnička byla dobudována a otevřena v roce 2003 (převzato z: <http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/sos-detske-vesnicky/>).

Vesničky přijímaly děti a sourozence, o jejichž osvojení nebyl zájem, a daly jim matku – vychovatelku a trvalý domov v jednotlivých domcích ve společenství v rámci jedné obce. S nástupem komunismu však byly SOS dětské vesničky nejprve převedeny do správy okresních národních výborů a později byly definovány jako zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče spolu s velkými pěstounskými rodinami, manželskými páry a matkami pěstounkami v samostatných domovech (Bubleová, 2000, s. 51). Činnost občanského sdružení SOS dětských vesniček byla znovu obnovena až po sametové revoluci v roce 1989.

Matějček (1999, s. 44) dodává, že vybudování SOS dětských vesniček ve své podstatě otevřelo možnost zavést pěstounskou péči v zařízeních pro pěstounské rodiny a poté pěstounskou péči individuální. Tím se zároveň rozšířila možnost náhradní péče pro děti, které nemohly být dány do adopce, a zvýšily se i nároky na odbornou způsobilost sociálních pracovníků a pracovníků a rozhodovací proces ve věci vyřizování žádostí o svěření dítěte do péče. Více o současné situaci v oblasti pěstounské péče je uvedeno v následující kapitole.

3.2 Současná situace v oblasti pěstounské péče

Tato kapitola je vedena snahou uchopit problematiku pěstounské péče v širším kontextu, popsat, v jakých podobách se v současné době lze setkat s pěstounskou péčí na území České republiky a zjistit, jakých výsledků je s ohledem na počet pěstounských rodin a dětí v nich umístěných oproti minulým letům v současné době dosahováno.

Dříve pěstounská péče co do počtu každoročně umístěných dětí zaujímala druhé místo hned za osvojením (Gabriel; Novák, 2008, s. 46). V posledních letech se tento stav obrátil a počet dětí, které jsou svěřovány do pěstounské péče, je vyšší než počet dětí, kterým je zprostředkována adopce, ačkoli je stále více žadatelů o zprostředkování osvojení než žadatelů o pěstounskou péči. Může to být dáno větší informovaností veřejnosti o možnostech pěstounské péče, snahou umístit do pěstounské péče co nejvíce dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, zvyšováním počtu dětí v příbuzenské formě pěstounské péče, ale také i současným trendem přebírat do pěstounské péče větší počet dětí (tři a více), což však bohužel, jak podotýkají Gabriel a Novák (2008, s. 47), může na druhé straně vést k obtížím spojeným s předimenzováním rodin bez ohledu na rodičovskou kapacitu pěstounů. Více o tomto tématu je uvedeno v kapitole o individuální pěstounské péči.

Jak bylo výše uvedeno, počet dětí svěřovaných do péče pěstounských rodičů v poslední době přibývá. Jak během let 1992 – 2009 narůstal jejich počet, znázorňuje tabulka č. 6. Každým rokem se až na výjimky počet dětí umístěných do pěstounské péče zvyšoval – v roce 1992 jich bylo umístěno 766, zatímco v roce 2009 již 1 568. Za posledních 18 let se tak počet dětí svěřených do pěstounské péče zdvojnásobil a toto číslo i nadále stoupá.

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Počet dětí	766	656	792	842	942	750	802	879	884
Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet dětí	908	863	1015	1 089	864	889	1 105	1 403	1 568

Tab. č. 6 Počet dětí svěřených do pěstounské péče v letech 1992 – 2009

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7312/Vybrane_udaje.pdf

V současné době se podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí v pěstounské péči nachází přes 6 700 dětí. Konkrétně k **31. 12. 2009** bylo v České republice v péči pěstounů

6 722 dětí, z toho 33 dětí v pěstounské péči na přechodnou dobu. Vývoj celkového počtu dětí v pěstounské péči v letech 2005 – 2009 ilustruje následující tabulka č. 7.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009
Celkový počet svěřených dětí	4 613	4 884	5 174	5 727	6 722

Tab. č. 7 Celkový počet dětí v pěstounské péči v letech 2005 – 2009

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

S přírůstkem dětí v pěstounské péči se od vzniku samostatného českého státu stabilně pozvolna zvyšuje také počet všech pěstounských rodin v České republice. Mírným výkyvem byl přelom roku 1998/1999 a 2001/2002, kdy se jejich počet mírně snížil. V posledních dvou letech lze ale naopak zaznamenat větší nárůst. Pěstounských rodin výrazně přibýlo po roce 2007, kdy se jejich počet zvýšil z 4 845 na 5 790. Poslední dostupný údaj uvádí, že v roce 2009 žilo v České republice celkem 6 313 pěstounských rodin. Srovnání počtu pěstounských rodin za období od roku 1992 do roku 2009 nabízí následující tabulka (viz tabulku č. 8).

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Počet pěstounských rodin	4 028	4 060	4 256	4 481	4 560	4 555	4 661	4 488	4 607
Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet pěstounských rodin	4 665	4 844	4 760	4 722	4 722	4 720	4 845	5 790	6 313

Tab. č. 8 Vývoj počtu pěstounských rodin během let 1992 – 2009

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7312/Vybrane_udaje.pdf

Pro získání konkrétní představy o přírůstku pěstounských rodin za posledních pět let, je k dispozici tabulka č. 9. Jak bylo výše uvedeno, počet nových pěstounských rodin se strmě zvýšil na konci roku 2008, a to o 415 domácností vedených novými pěstounkami a pěstouny.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009
Přírůstek rodin	840	845	946	1 361	1 326

Tab. č. 9 Přírůstek pěstounských rodin za sledovaný rok

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Vzhledem k celkovému počtu pěstounských rodin v naší zemi je nutné vzít v úvahu, že každoročně mnoho **svazků mezi pěstouny a jejich svěřenci vzniká, ale také zaniká**, a to buď dosažením zletilosti dítěte, návrhem orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo rozhodnutím soudu na základě žádosti pěstounů či z jiných závažných důvodů. Touto možností zrušitelnosti se pěstounská péče de facto blíží osvojení I. stupně, jež ovšem v praxi tak časté není. Spíše se upřednostňuje, jak dodávají Gabriel a Novák (2008, s. 51), jeho vyšší forma, tedy osvojení nezrušitelné. Většina dětí však žije v pěstounské péči až do svých osmnáctých narozenin.

Nejčastějšími důvody pro dřívější ukončení pěstounské péče, je podle Bubleové a Kovaříka (1999, s. 37) změna pěstounské péče v osvojení, přechod dítěte do jiné pěstounské rodiny nebo jeho návrat do biologické rodiny. Soudním rozhodnutím zaniká nejvíce pěstounských péčí z důvodu závažných poruch chování dítěte a z toho vyplývající nutnosti jeho umístění v některém z ústavních zařízení. Za těmito neúspěchy dle autorů většinou stojí chybná sociální diagnóza, nesprávný odhad adaptačních schopností dítěte a jeho budoucího vývoje, nesprávně zvolený typ náhradní péče či nevhodné zvolení pěstounů. Zčásti se problémy vztahují také k nedostatečné přípravě pěstounů, jejich vzdělávání a podpoře při výkonu péče o dítě (Bubleová; Kovařík, 1999, s. 38).

Ideálním stavem by dle Ministerstva práce a sociálních věcí bylo mělo být dosažení takového počtu pěstounských rodin, jimž by bylo možné svěřit všechny děti, které z různých důvodů nemohou vyrůstat ve vlastní rodině nebo přejít do osvojení. K tomu je zapotřebí se dále věnovat zvyšování prestiže pěstounské péče, realizovat další osvětové a informační kampaně pro oslovení široké veřejnosti a zintenzivnit spolupráci státního sektoru s nestátními neziskovými organizacemi, které se zabývají podporou a vyhledáváním nových pěstounských rodin (převzato z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9528/24092010-opr.pdf>).

S ohledem na obecnou potřebu zvýšit počet žadatelů o pěstounskou péči je zapotřebí se zaměřit také na podporu činností směřujících ke zvýšení zájmu žadatelů o svěřením dítěte s postižením do pěstounské péče. Gabriel a Novák (2008, s. 51) udávají, že se právě dlouhodobě nedostává žadatelů, kteří by bylo ochotni přijmout do své péče děti jiného etnika nebo děti závažněji zdravotně postižené.

Podle Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, vypracovaného Vládním výborem pro zdravotně postižené občany proto v roce 2005, je třeba dále přispívat k rozvoji a fungování zařízení poskytujících poradenskou pomoc rodičům pečujícím o dítě se zdravotním postižením, žadatelům o zprostředkování náhradní

rodinné péče, osobám, které dítě se zdravotním postižením převzaly do své péče a také k rozvoji návazné péče pro tyto děti. Plán současně deklaruje nutnost rozvíjet specifické formy podpůrné pěstounské péče na přechodnou dobu umožňující rodičům zpětné převzetí dítěte s postižením do péče po jeho pobytu v zařízení ústavní péče (převzato z: [www.esfcr.cz/file/ 3766_1_1/](http://www.esfcr.cz/file/3766_1_1/)).

V souvislosti se snižováním počtu dětí v ústavních zařízeních se hovoří i o možnosti zavedení pěstounství jako oficiálního povolání, za jehož výkon by náhradní rodiče pobírali klasický plat. Dle novely zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře pěstouni dostávají od státu na péči o svěřené dítě dávky státní sociální podpory. **Dávky pěstounské péče** jsou čtyři a jsou poskytovány buďto jednorázově (příspěvek při převzetí dítěte, příspěvek na zakoupení motorového vozidla) nebo opakovaně k pokrytí nákladů na péči o svěřené děti a na odměnu pěstouna (viz Přílohu B). Vedle těchto dávek jsou dětem a jejich pěstounům určeny i další dávky státní sociální podpory, jimiž jsou například přídavek na dítě, rodičovský příspěvek a další příspěvky s výjimkou sociálního příplatku.

Situace pěstounských rodin vychovávajících dítě se závažnějším zdravotním handicapem může být někdy těžká i z finančního hlediska. Mnohdy rodiny musejí provést určitou bezbariérovou úpravu svého rodinného domu nebo bytu, dětem je zapotřebí pořídit kompenzační pomůcky a vybavení, například invalidní vozík nebo naslouchadla, atp. (Hanušová, Hrdinová, Štětková, 2009, s. 87). Jelikož je pěstounská péče o vážněji handicapované náročná jak psychicky, fyzicky, tak i finančně, jsou pěstounům státem poskytovány kromě výše uvedených dávek také **dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením**²². Jedná-li se o děti, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti, mohou pěstounští rodiče prostřednictvím sociálního odboru úřadu městské části nebo obce s rozšířenou působností čerpat dle stupně závislosti dítěte taktéž příspěvek na péči, respektive na úhradu sociálních služeb poskytovaných dle zákona č. 108/2006, o sociálních službách.

Od statistik a právních ustanovení ale zpět k hlavní náplni této kapitoly – charakteristice jednotlivých typů pěstounské péče tak, jak je umožňuje stávající právní úprava. Výčet forem pěstounské péče je podle Matějčka (1999, s. 35) podmíněn počtem a typy kritérií, na jejichž základě je diferencována. V praxi se rozlišují dva základní typy pěstounské péče, a to pěstounská péče **individuální a skupinová**. V souvislosti s přijetím novely zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, která vešla v platnost 1. 6. 2006, byla v oblasti náhradní

²² Viz vyhlášku Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

rodinné péče zavedena nová forma pěstounské péče, a sice **pěstounská péče na přechodnou dobu**, jinak také označovaná jako profesionální pěstounská péče. V přehledu forem náhradní rodinné péče by mohla figurovat jako podskupina individuální pěstounské péče, nicméně s přihlédnutím k její charakteristice zasluhuje zařadit do samostatné kapitoly.

3.2.1 Individuální pěstounská péče

Individuální pěstounská péče je dle Bubleové a Kovaříka (1999, s. 36) základní formou pěstounské péče. Pěstouny tu jsou manželé (může to být případně i samotná žena či muž), jimž je dítě soudně svěřeno do osobní neboli individuální péče, která probíhá v běžném rodinném prostředí. Bubleová (2002, s. 16) dodává, že je většinou vykonávána lidmi, kteří své vlastní děti mají, anebo je již vychovali.

Ve statistických přehledech a ročenkách Ministerstva práce a sociálních věcí je užíváno rozlišení pěstounské péče na **péči příbuzenskou** – vykonávanou **prarodiči** nebo **jinými příbuznými** (např. tety, strýcové, výjimečně i starší sourozenci) a péči vykonávanou **cizími osobami**. Druhý jmenovaný typ péče je slangovým výrazem pracovníků náhradní rodinné péče, jak uvádějí např. Gabriel a Novák (2008, s. 48), označován také jako tzv. **klasická pěstounská péče**.

▪ **Klasická pěstounská péče** je v praxi často využívaným typem pěstounské péče, neboť se nejvíce blíží klasickému modelu rodiny. Oproti osvojení je však volnějším svazkem mezi dítětem a jeho novými vychovateli. Dítěti zůstává jméno po rodičích, kteří jsou stále jeho zákonnými zástupci a pěstounští rodiče tak k němu mají omezená práva. Jelikož z právního hlediska končí pěstounská péče osmnáctým rokem věku dítěte, nedovoluje pěstounům přílišné vžití do role rodičů dítěte. Vzniká tak větší příležitost pro realizaci pěstounské péče u dětí s postižením nebo nějakým onemocněním (Matějček, 1999, s. 47).

▪ **Pěstounská péče příbuzenská** je specifická hned z několika důvodů, které spolu vzájemně souvisí. Jak bylo výše uvedeno, je vykonávána nejčastěji prarodiči, případně jinými příbuznými ve funkci primárních vychovatelů dítěte. Tito lidé mají se svými svěřenci společné kořeny, životní historii i část genetické výbavy a alespoň s jedním z rodičů se znají od jeho narození. Jsou tak silně zainteresováni na životě svých příbuzných a motivováni k péči o jejich blaho (Matějček, 1999, s. 51). Hanušová, Jeníčková a Uhlířová (2009, 170 – 188) konstatují, že

tato v současné době početná skupina pěstounů řeší často jiné problémy ve výchově dětí než „klasičtí“ pěstouni a do života jim taktéž vstupují další faktory, jako například pokročilý věk prarodičů a jejich zdraví, nevyřešené vztahy mezi biologickými rodiči a příbuznými a zásahy biologického rodiče do života dětí, které výrazným způsobem ovlivňují chování a prožívání všech členů rodiny. Specifický je i způsob vzniku nové pěstounské rodiny tohoto typu. Někdy se příbuzní a zejména prarodiče stávají znovu rodiči náhle, většinou je však příbuzenská péče vyústěním dlouhodobých problémů v rodině.

Z tohoto důvodu tito noví pěstounští rodiče podle Hanušové, Jeníčkové Uhlířové (2009, s. 170 – 188) ani neprocházejí jako klasičtí pěstouni žádným systémem vzdělávání a přípravy na svou novou životní roli. Neexistuje totiž žádná forma přípravy, která by akcentovala potřeby této cílové kategorie pěstounů a jim svěřených dětí. Na to navazuje i fakt, že mnoho pěstounů není informováno o svých právech a možnostech a těžko se tedy orientují v tom, na koho se mohou v případě těžkostí obrátit, kde vyhledat odbornou pomoc, s kým se poradit, o jaké sociální dávky žádat a zůstávají při řešení své situace často osamoceni.

Posledním, avšak neméně důležitým specifikem této formy pěstounské péče je, že se příbuzní a prarodiče dostávají do nové situace, kdy přebírají zodpovědnost za budoucnost dětí a jsou nuceni tomu přizpůsobit dosavadní způsob svého života. Někdy je pro ně těžké nalézt rodiny přátel s obdobnými problémy, s nimiž by mohli situaci sdílet, kde by si mohli vyslechnout a nabrat nové zkušenosti, které by jim pomohly situaci lépe zvládat (Hanušová; Jeníčková; Uhlířová, 2009, s. 170 – 188).

Zdrojem problémů může být i věk, jak popisují Gabriel a Novákem (2008, s. 49), neboť vyšší věk mimo jiné brání možnostem pěstounů být identifikačními vzory mladší generace dětí, vcítit se do jejich problémů, adekvátně se věnovat jejich potřebám a koníčkům atd. Může proto docházet k celkovému psychickému i fyzickému vyčerpání, k pocitu bezradnosti a izolaci od okolního světa. Dle Hanušové, Jeníčkové a Uhlířové by pro řešení této situace pomohlo zavedení podpůrných služeb pro tuto cílovou skupinu, která tvoří velké procento pěstounských rodin v České republice (2009, s. 170 – 188).

Příbuzenská pěstounská péče v současné době tvoří polovinu všech realizovaných pěstounských péčí. Statistická ročenka Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2009 udává, že z celkového počtu 6 313 pěstounských péčí byla péče prarodičů zastoupena 3 290 rodinami, jiní příbuzní vychovávali děti v 1 063 rodinách. 2 068 rodin představovalo péči nepříbuzných. Oproti 90. letům 20. století, kdy byla prarodičovská pěstounská péče podle Bubleové

a Kovaříka (1999, s. 36) z celkového počtu zastoupena zhruba méně než z jedné třetiny, došlo v posledních letech vzhledem k větší informovanosti a možnosti jejího využití k jejímu výraznějšímu nárůstu.

3.2.2 Skupinová pěstounská péče

Skupinová pěstounská péče se od individuální liší zejména skladbou rodiny a počtem sourozenců, kteří v rodině žijí. Skupinová pěstounská péče probíhá buď v zařízeních pro výkon pěstounské péče, nebo v SOS dětských vesničkách. Obě zařízení mají podle Matějčka (1992, s. 25) charakteristiku velkých rodin a převládá v nich klasická rodinná výchova. K 31. 12. 2009 působilo na území České republiky dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí celkem 53 zařízení pro výkon pěstounské péče (včetně třech SOS vesniček), z nichž největší počet (19 zařízení) se nacházel v Moravskoslezském kraji (převzato z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>).

▪ **Zařízení pro výkon pěstounské péče** jsou podle § 44 – 47 zákona o sociálně-právní ochraně dětí zařízeními zřizovanými v samostatném objektu, vybaveném jako byt pro rodinu s větším počtem dětí. V rodinných buňkách žijí manželské páry, které ke svým dětem přijímají další jednotlivé děti nebo (nejčastěji sourozeneckou) skupinu dětí a stávají se tak velkými pěstounskými rodinami (Matějček, 1994, s. 23). Bubleová (2002, s. 16) udává, že se může jednat o 4 – 6, případně i více přijatých dětí. Soužití v takovéto rodině se blíží klasickému rodinnému modelu a poskytuje každému dítěti velké množství podnětů a specifických vzorců chování. Podle Matějčka (1999, s. 48) více dětí v rodině zvyšuje porozumění pěstounských rodičů pro individuální zvláštnosti dětí a toleranci k jejich nedostatkům. Děti se naopak učí participovat na chodu domácnosti a spolupracovat s ostatními členy rodiny. Potřeba se rozdělit s ostatními, pomoci rodičům s péčí o mladší sourozence, podpořit jiné v těžké situaci také v dětech stimuluje prosociální chování.

Velké rodiny mají zpravidla vynikající zkušenosti pěstouni, kteří jsou ochotni poskytnout domov i dětem etnicky odlišným a zdravotně handicapovaným. Problémem těchto pěstounských rodin však někdy může být právě jejich velikost. Potřeba být v životě užitečným, vychovávat a pečovat o potřebné děti v těžké životní situaci se může podle Matějčka (1999, s. 48) stát v těchto rodinách (zejména u žen) natolik dominantní, že se stírá hranice toho, kolik dětí je ještě možné do rodiny přijmout a jaký počet dětí už snižuje přínos rodinné výchovy pro každé konkrétní dítě, což může ovlivnit kvalitu péče o svěřené děti.

Matějček (1999, s. 48) dále podotýká, že v případě, kdy je v rodině více dětí s nějakým postižením nebo dětí, které vyžadují zvláštní ohled a péči o svou vlastní osobu, může prostředím takovéto velké neohraničené rodiny dostat ráz rodinného dětského domova. Je proto třeba zvážit své vlastní možnosti a vzít si do péče jen tolik dětí, na kolik pěstounským rodičům stačí síly, energie, čas a láska. Jako nejvyšší doporučený počet se v současné době udává šest, maximálně osm dětí (včetně plnoletých), jak dodávají Gabriel a Novák (2008, s. 48).

▪ **SOS dětské vesničky** jsou dalším místem, kde může probíhat pěstounská péče. Okolnosti jejich vzniku a základní charakteristika byla nastíněna v kapitole o historickém vývoji pěstounské péče. Na tomto místě proto již jen několik informací pro doplnění.

Z pohledu českých zákonů představují SOS vesničky zařízení pro výkon pěstounské péče (převzato z: <http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/>). Pěstounskou péčí je pověřena vybraná a kvalifikovaná žena – matka – pěstounka, které s péčí o domácnost a výchovu dětí vypomáhá další žena, ve vesničkách nazývaná jako teta. Pěstounka žije a hospodaří v samostatném rodinném domě spolu obvykle s 5 – 7 svěřenými dětmi různého věku a pohlaví, často pocházejícími z jednoho rodinného klanu. Vesničku nejčastěji tvoří společenství 10 – 12 takovýchto rodinných domů (Bubleová, 2002, s. 16). Sdružení SOS vesniček poskytuje pěstounkám kromě bydlení také odbornou psychologickou a pedagogickou pomoc a finanční příspěvky na volnočasové aktivity dětí (převzato z: <http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/>).

Jak vyplývá z předchozího textu, je péče o děti v SOS vesničkách převážně ženskou záležitostí. Tato slova potvrzuje i Matějček (1999, s. 48) a dodává, že i přesto je soužití těchto rodinných skupinek velmi stabilní, neboť odpadá možnost rozvodu, která hrozí v jiných rodinách a může významně ovlivnit situaci dětí v náhradní rodině. Otázkou však zůstává často skloňovaný problém absence otcovského vzoru v rodině a jeho důsledky.

3.2.3 Pěstounská péče na přechodnou dobu

Diskutovaným tématem je dnes i institut pěstounské péče na přechodnou dobu. Jelikož je v České republice mnoho dětí, které potřebují zvláštní péči v důsledku zdravotního (dětí se zdravotním postižením, vývojovými riziky, duševním onemocněním) nebo sociálního znevýhodnění (dětí s problematickými rodiči, rodiči trestanými, alkoholiky atp.) a počet žadatelů o svěření těchto dětí do péče není velký, hledají se v oblasti náhradní rodinné péče

nové možnosti řešení této situace (Bubleová, 1999, s. 31). Jednou z nových alternativních forem náhradní péče je pěstounská péče na přechodnou dobu.

Pěstounská péče na přechodnou dobu je relativně novým institutem náhradní rodinné péče, jenž byl do zákona o rodině (konkrétně § 45, odst. 2) začleněn novelou zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, platnou od 1. 6. 2006. V praxi se lze setkat také s označením **profesionální pěstounská péče**, které bylo často užíváno před přijetím uvedené novely. Stejně tak by bylo možné hovořit o profesionálním terapeutickém rodičovství (Kovařík, 1999, s. 165) nebo o profesionální sociálně-pedagogické nebo terapeutické péči (Bubleová, 1999, s. 31). Dříve bylo uvažováno o legislativním zakotvení institutu pod názvem profesionální pěstounská péče, nicméně v důsledku připomínek z řad odborníků v oblasti psychologie, dětského lékařství nebo práva, bylo přistoupeno na dnes užívané pojmenování, tedy pěstounskou péči na přechodnou dobu.

Podle Gabriela a Nováka (2008, s. 54) rozhodne soud o umístění dítěte do tohoto typu pěstounské péče, pokud nejsou biologičtí rodiče schopni po určitou dobu vykonávat své rodičovské povinnosti a o své dítě kvalitně pečovat nebo tehdy, zajišťuje-li se pro dítě dlouhodobé umístění v klasické pěstounské rodině nebo v osvojení. Zákon o rodině soudu ukládá povinnost každé tři měsíce přezkoumat, zda trvají důvody, pro něž bylo dítě svěřeno do pěstounské péče.

Smyslem pěstounské péče na přechodnou dobu by měla být pomoc dětem v období, kdy se ocitnou mimo domov a rozhoduje se o jejich dalším osudu, je-li potřeba provést zdravotní a psychosociální diagnostiku a stanovit prognózu jejich dalšího vývoje, nebo pokud rodiče potřebují čas na vyřešení osobních záležitostí. Během její realizace v rámci dočasného azylově-terapeutického období by měla probíhat citlivá, avšak intenzivní spolupráce s biologickou rodinou s tím, že by měla být zachována možnost návratu dítěte zpět do původní rodiny (Gabriel; Novák, 2008, s. 54). Proto se hovoří o péči na dobu přechodnou. Je určena zejména:

- **Dětem, o něž se z vážných důvodů (onemocnění) rodiče dlouhodobě nemohou starat.**
- **Dětem matek mladých a nezralých**, které svou rodičovskou roli zatím nezvládají.
- **Dětem matek drogově závislých**, které potřebují čas na doléčení.
- **Dětem žijícím v dlouhodobě nefunkční rodině** (např. v domácím násilí).
- **Dětem, jejichž rodič či rodiče se nacházejí ve výkonu trestu odnětí svobody.**
- **Dětem, jež vykazují poruchy chování.**

Problematicčnost označení „na přechodnou dobu“ je ovšem v tom, že se současná právní úprava nezmiňuje o časovém trvání (viz přechodně, dočasně) tohoto typu pěstounské péče, která tak může být realizována jako krátkodobé (tzn. předstupeň dlouhodobé náhradní rodinné péče) nebo i dlouhodobější řešení situace dítěte v případech, kdy se očekává, že se dítě do rodiny brzy vrátí a neuvažuje se tedy o klasické náhradní rodinné péči. Pokud totiž nebude výsledek sanace rodiny úspěšný a dítě se nebude moci výhledově vrátit domů, je otázkou, jak v těchto případech postupovat dále. Vytržení dítěte ze známého a bezpečného prostředí, kde již delší dobu vyrůstá a jeho přemístění do nové náhradní rodiny, by mohlo pro dítě znamenat další velkou psychickou zátěž (Gabriel; Novák, 2008, s. 59 – 60).

Výkon pěstounské péče na přechodnou dobu klade na uchazeče o tuto pozici vysoké nároky na jejich vlastnosti, schopnosti, dovednosti a zkušenosti. Měli by být schopni zvládnout jistou ambivalenci v utváření vztahu k dítěti, tj. dítěti dávat najevo citovou náklonnost, nicméně se k němu výrazně nepřipoutat, aby se vazba mezi pěstouny a dětmi neprohlubovala, lze-li očekávat brzké odloučení. Z psychologického hlediska však podle Gabriela a Nováka (2008, s. 60 – 61) takovéto chování může paradoxně působit negativně na psychický vývoj dětí. Pěstouni by také měli mít dlouhodobou zkušenost s výchovou vlastních nebo přijatých dětí ve vlastní rodině nebo v rámci výkonu povolání učitele či vychovatele. Důležité je, aby byli schopni zvládnout a vést leckdy náročné a vysilující setkání s biologickými rodiči dítěte. Proto je zapotřebí, aby procházeli rozsáhlejší a delší odbornou přípravou²³ než pěstouni přijímající dítě do klasické pěstounské péče a byli také pro výkon této role speciálně proškoleni a vzděláni, například v rámci speciálně zaměřeného sociálně-psychologického výcviku (Bubleová, 1999, s. 32). Samozřejmostí by mělo být dlouhodobé vedení rodin.

3.3 Zprostředkování pěstounské péče

Proces zprostředkování pěstounské péče sestává z několika fází, které se řídí zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. V dalším textu jsou podrobně popsány důležité aspekty jednotlivých fází, aby bylo možné si utvořit představu o tom, jak v současné době probíhá proces zprostředkování pěstounské péče v České republice. To vše s přihlédnutím ke specifikům procesu přijetí dítěte se zdravotním postižením.

²³ Podle Gabriela a Nováka (2008, s. 60) se uvažuje o zřízení studijního oboru na vyšších odborných či vysokých školách zaměřeného na vzdělávání budoucích profesionálních pěstounů.

3.3.1 Podání žádosti

V první fázi – podání žádosti musí jednotlivci nebo manželské páry, které se rozhodnou pro přijetí dítěte, navštívit oddělení sociálně-právní ochrany dětí odboru sociálních věcí na obecním úřadě obce s rozšířenou působností (městský úřad), ve větších městech na magistrátu města v místě trvalého bydliště. Zde se jich ujme sociální pracovníce pro náhradní rodinnou péči, jež je provází celým procesem zprostředkování pěstounské péče (Gabriel; Novák, 2008, s. 153).

Na tomto oddělení od sociální pracovníce obdrží formuláře potřebné k vyplnění žádosti o **zařazení do evidence žadatelů** o náhradní rodinnou péči. Tato žádost, jež by měla obsahovat osobní údaje žadatelů (jméno a příjmení, datum narození a místo trvalého pobytu), se spolu s předložením dokladu o státním občanství, zprávy o zdravotním stavu, údajů o ekonomických poměrech a uvedením písemného souhlasu žadatelů na dalších dokumentech týkajících se procesu zprostředkování náhradní pěstounské péče, stává základem **spisové dokumentace** žadatelů (Vávrová, 2007, s. 221).

Úřad obce s rozšířenou působností spisovou dokumentaci dále doplní o opis z evidence rejstříku trestů, zprávu o sociálních poměrech žadatelů a stanovisko úřadu ohledně zařazení do evidence žadatelů. Sociální šetření v bydlišti žadatelů provádí příslušná sociální pracovníce, která vypracovává ze své návštěvy podrobnou zprávu. Zpráva je velmi důležitým zdrojem informací o žadatelích, která zachycuje jejich bytové a sociální podmínky, motivaci k přijetí dítěte, představy o dítěti, výchovné názory a postoje, pohled na jejich dětství, studium, rodinu, manželství, zaměstnání atp. (Kovařík a kol., 2004, s. 154). V podstatě jde o důkladnou anamnézu žadatelů se zvážením jejich předpokladů pro výkon pěstounské péče, jak dodávají Gabriel a Novák (2008, s. 77). Zkompletováním všech potřebných náležitostí je po zhruba dvou až třech měsících dokumentace předána krajskému úřadu (v Praze Magistrátu hlavního města) k odbornému posouzení a rozhodnutí o zařazení do evidence žadatelů.

3.3.2 Odborné posouzení

Druhou fází procesu zprostředkování pěstounské péče je **odborné posouzení** žadatelů, které provádí krajský úřad. To podle ustanovení § 27 zákona o sociálně-právní ochraně dětí zahrnuje vyhodnocení řady skutečností zjišťovaných o žadatelích od momentu podání žádosti o zařazení

do evidence žadatelů o zprostředkování (osvojení) nebo pěstounské péče obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností. Odborné posouzení žadatelů zahrnuje následující po sobě jdoucí části:

- **Posouzení zdravotního stavu** posudkovým lékařem krajského úřadu nebo magistrátu.
- **Odbornou přípravu** budoucích pěstounů.
- **Psychologické vyšetření** posuzující vhodnost žadatelů a jejich předpoklady pro přijetí dítěte se specifickými potřebami do péče.

Do 1. 6. 2006, kdy byla přijata novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí, tato fáze probíhala odlišně. Žadatelé po posouzení zdravotního stavu nejprve absolvovali psychologické vyšetření, na jehož základě bylo rozhodnuto o jejich zařazení do evidence vhodných pěstounů. Vybraní žadatelé následně absolvovali odbornou přípravu. Nyní je však odborná příprava psychologickému vyšetření předřazena, což znamená, že ji absolvují všichni žadatelé, jejichž spisovou dokumentaci krajský úřad/magistrát přijme (Gabriel; Novák, 2008, s. 79 – 80). Pokud přípravou žadatelé úspěšně projdou, obdrží rozhodnutí o zařazení do evidence žadatelů vhodných stát se pěstouny. Neúspěšní žadatelé mají možnost do 15-ti dnů od obdržení rozhodnutí podat odvolání k Ministerstvu práce a sociálních věcí (Gabriel; Novák, 2008, s. 84).

3.3.2.1 Odborná příprava

Přípravu žadatelů vhodných stát se pěstouny zajišťuje krajský úřad, jenž zároveň dle § 11 zákona o sociálně-právní ochraně dětí poskytuje i poradenskou pomoc a speciální přípravu pěstounům na přechodnou dobu.

Cílem absolvování **přípravných kurzů** je předat budoucím pěstounům odborné poznatky o specifikách pěstounské péče, zprostředkovat jim aktuální a konkrétní informace o dětech, které vyrůstají mimo svoji biologickou rodinu a dát jim prostor pro to, aby zvážili své předpoklady pro výchovu cizího dítěte (Vávrová, 2007, s. 223). Důležité je, aby si žadatelé potvrdili své rozhodnutí přijmout cizí dítě a zodpověděli si otázku, jakému dítěti jsou schopni poskytnout otevřené a podnětné prostředí pro jeho další vývoj. Význam přípravy v procesu zprostředkování pěstounské péče spočívá v tom, aby bylo dítě svěřeno do rodiny, která bude rozumět jeho specifickým nárokům a potřebám, bude dopředu vědět, s jakými obtížemi se při péči o dítě může setkat a nebude tak příliš zaskočena případnými komplikacemi (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 30).

Metodický doporučený rámec Ministerstva práce a sociálních věcí pro přípravu k přijetí dítěte vymezuje ještě jeden cíl, a to získání kvalifikovaných informací o žadatelích k jejich vyhodnocení pro možné přijetí dítěte (převzato z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7271/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-7.pdf>). Novelizovaná zákonná úprava podle ustanovení § 27 odst. 1 písm. b) zákona o sociálně-právní ochraně dětí hovoří o tom, že odborné posouzení pro účely zprostředkování osvojení a pěstounské péče zahrnuje také zhodnocení přípravy k přijetí dítěte do rodiny, včetně speciální přípravy k přijetí dítěte pěstounem na přechodnou dobu, a její výsledek je tedy podkladem pro vydání rozhodnutí o zařazení či nezařazení žadatelů do evidence. Je tomu tak i přesto, že někteří autoři dříve hovořili o tom, že by se z přípravy neměla stávat běžná součást rozhodovacího procesu, nýbrž že by mělo jít o výjimky v případech, kdy by během přípravy vyšly najevo skutečnosti hovořící proti svěření dítě do péče určité rodiny (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 30).

Přípravné kurzy pro žadatele realizují tzv. pověřené osoby, jimiž jsou nejčastěji různé neziskové organizace. Jednotný dokument stanovující přesné náležitosti příprav v současné době není. Proto se lze jak v jednotlivých krajích, tak u jednotlivých poskytovatelů setkat s různým rozsahem i obsahem příprav. Vše záleží na možnostech a zkušenostech realizátorů kurzů (Gabriel; Novák, 2008, s. 83). Doporučený rozsah příprav je 48 hodin (45 minutových) pro maximální počet 20 žadatelů. V případě profesionálních pěstounů by vzhledem k náročnosti této formy péče o ohrožené děti měla být příprava delší, nejméně 70 hodin a měla by probíhat v menších skupinách do deseti osob. (převzato z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7271/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-7.pdf>).

Nejčastěji se přípravné kurzy dělí na část teoretickou a část praktickou, neboli zážitkovou. Dle doporučeného metodického rámce Ministerstva práce a sociálních věcí pro přípravu k přijetí dítěte do rodiny by měla první – teoretická část být společná jak pro žadatele o pěstounskou péči, tak pro žadatele o osvojení. Zážitková část příprav by již měla probíhat pro tyto skupiny žadatelů odděleně (převzato z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7271/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-7.pdf>). Teoretická část kurzů sestává většinou z jednoho až dvou jednodenních/odpoledních teoretických bloků, v rámci nichž jsou žadatelé seznámeni s cíli a strukturou příprav a obecnými tématy (např. s procesem zprostředkování, formami náhradní rodinné péče, psychologií dítěte v náhradní rodinné péči) formou odborných přednášek, které jsou prokládány i dalšími formami práce, které skupinu během setkání aktivizují (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 31).

Praktická část kurzů je nejčastěji realizována prostřednictvím víkendových pobytových setkání, která jsou zaměřena na osobnostní přípravu žadatelů a využívají četných zážitkových technik práce s interaktivními prvky jako doplnění teoretických bloků zaměřených na témata rodiny a náhradní rodinné péče, sociálně-právní problematiky náhradní rodinné péče, vývojové psychologie, psychologie rodičovství a taktéž zdravotních hledisek náhradní rodinné péče (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 31). Během těchto setkání mají žadatelé možnost se již více zapojit svými názory a postoji do moderovaných diskuzí a aktivit podporujících sebepoznání, partnerskou diskuzi a rozvoj rodičovských kompetencí, čímž se jim zároveň otevírá prostor pro uvědomění si vlastních kvalit, předností, ale i potřeb dalšího osobnostního rozvoje (Gabriel; Novák, 2008, s. 82).

Program přípravy žadatelů o pěstounskou péči je většinou zaměřen na cíle a možnosti pěstounské péče, poznání situace a specifických potřeb dětí, které do pěstounské péče přicházejí, otázku změn, které s sebou přijaté dítě do rodiny přináší, dále na téma vztahů pěstounské rodiny s biologickou rodinou dítěte, prvního kontaktu rodiny s dítětem a jeho převzetí do péče (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 30 – 31). Žadatelé jsou během setkání také podrobně seznámeni s problematikou genetické zátěže u dětí, různých onemocnění získaných v prenatálním období, chorob a postižení získaných jako následek problematického porodu, chronických onemocnění u dětí, jejich typů a možností terapie, hledání odborné pomoci a spolupráce s jiným zařízeními, která poskytují pomoc rodinám s handicapovaným dítětem (Rotreklová; Wesselá; Kotek, 2003, s. 30 – 31).

Skupinu žadatelů na přípravných kurzech vedou většinou dva odborní lektori – průvodci, kteří si ke spolupráci zvou externí pracovníky – kvalifikované odborníky na určitou oblast náhradní rodinné péče, kteří mají dlouholeté praktické zkušenosti s prací s pěstounskými rodinami a mohou tak zodpovídat vznesené dotazy ze strany žadatelů a doplňovat výklad lektorů příklady z praxe. Rotreklová, Wesselá a Kotek (2003, s. 31) uvádějí, že je vhodné, aby lektory byly jiné osoby než ty, které mají rozhodovací kompetence v záležitosti žadatelů. Jen tak může být zaručeno bezpečné prostředí, v němž se žadatelé nebudou obávat hovořit o svých pocitech, obavách, nejistotách atp.

Na setkání jsou rovněž zváni i odborní pracovníci krajských úřadů a úřadů obce s rozšířenou působností, pracovníci kojeneckých ústavů a dětských domovů, s nimiž se žadatelé mohou setkat v neformálním prostředí, a kteří mohou setkání obohatit svými postřehy zase z jiného úhlu pohledu. Předat své zkušenosti, podělit se o zážitky, poznatky, postřehy

a zodpovědět případné dotazy týkající se výchovy dětí v rodině přicházejí často kromě odborníků z praxe také zkušení pěstouni, kteří již o děti z ústavních zařízení pečují (Vávrová, 2007, s. 223).

3.3.2.2 Psychologické vyšetření

Žadatelé o zprostředkování pěstounské péče dále musí projít psychologickým vyšetřením. Jeho výstupem by mělo být nejen komplexní zhodnocení předpokladů žadatelů pro výkon pěstounské péče (s přihlédnutím ke zhodnocení odborné přípravy), vyloučení závažné psychopatologie žadatelů (např. poruchy osobnosti, psychotická a neurotická onemocnění, sexuální odchylky), ale také i uvedení návrhu, pro jaké dítě s ohledem na jeho charakteristiky a potřeby by byli žadatelé nejvhodnější (Gabriel; Novák, 2008, s. 98).

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí říká, že by odborné posouzení žadatelů o pěstounskou péči mělo zahrnovat jak **posouzení žadatelů** o pěstounskou péči, tak i **posouzení dětí** vhodných pro pěstounskou péči. U dětí by se dle § 27, odst. 2 měla sledovat úroveň jejich tělesného a duševního vývoje včetně jejich specifických potřeb a také vhodnost této formy náhradní rodinné péče (viz kapitolu Indikace pěstounské péče).

Vyšetření žadatelů o pěstounskou péči by se mělo zaměřit na osobnostní výbavu žadatelů, jejich psychický a zdravotní stav, motivaci vedoucí k podání žádosti o svěření dítěte do pěstounské péče, výchovné postoje, vzájemný partnerský vztah žadatelů a jeho stabilitu a rodinné klima žadatelů. Obecně vzato by snahou psychologů mělo být porozumění tomu, co žadatelé mohou a nemohou, chtějí nebo naopak nechtějí a co zvládnou či nezvládnou.

Kromě těchto vyšetření se dle § 27 výše uvedeného zákona posuzuje také příprava na přijetí dítěte, vyjádření dětí žadatele k přijetí dítěte do pěstounské péče (pokud jsou toho děti s ohledem na svůj věk a rozumovou vyspělost schopny), nachystání dětí a dalších členů rodiny na přijetí nového člena rodiny a bezúhonnost všech rodinných příslušníků, s nimiž by přijaté dítě mělo sdílet společnou domácnost. U žadatelů o pěstounskou péči na přechodnou dobu je potřebné se zaměřit také na jejich schopnost péče o děti vyžadující speciální ohledy a péči a na zhodnocení jejich speciální přípravy.

Psychologické posouzení je komplexním několikahodinovým vyšetřením používajícím řadu klinických²⁴ a testových metod. Je prováděno zhruba šest měsíců od podání žádosti o svěření dítěte do péče. Celé **psychologické vyšetření** se skládá z vícero sezení (Gabriel; Novák, 2008, s. 98 – 99). Na úvod je s žadatelem prováděn 60 – 90 minutový informační rozhovor, který je samostatnou součástí posuzování. Je zaměřen na vzájemné seznámení, seznámení s harmonogramem vyšetření i celého řízení o zprostředkování, zjištění údajů o žadatelích a jejich zkušenostech s dětmi a také na formulaci představ o formě náhradní rodinné péče. Nedílnou součástí rozhovoru je i diskuze o charakteristikách požadovaného dítěte.

Je důležité, aby žadatelé na setkání přišli již s konkrétní představou, neboť při příliš obecném vymezení by se mohli připravit o nabídku dítěte, které má jinak menší šanci na umístění v rodině. Žadatelé by si měli promyslet, jak staré dítě by si představovali, jakého věku, etnické příslušnosti, s jakým zdravotním stavem, a zda by byli ochotni přijmout sourozence nebo děti z utajeného porodu nebo nalezence. Představy o dítěti by měly být reálné a vycházet jak z přání žadatelů, tak i potřeb opuštěných dětí. Nároky na dítě však mohou během doby čekání na dítě kdykoli pozměnit nebo zkonkretizovat (Gabriel; Novák, 2008, s. 99 – 100). Žadatelé mají také během úvodního rozhovoru příležitost zeptat se psychologa na vše, co je v souvislosti s pěstounskou péčí zajímavé, jaké skutečnosti již znají a co je pro ně nové.

Samotné psychologické vyšetření spočívá v užití různých testových metod, zejména osobnostních dotazníků a projektivních technik, zaměřených na osobnostní strukturu žadatelů a anamnestické údaje o žadatelích. Tyto testy mohou zjistit, jakým tématům se dále hlouběji věnovat a mohou sloužit také jako podklad pro následný rozhovor. Intelektové testy psychologové zařazují dle uvážení (Kovařík a kol., 2004, s. 155). Testová část vyšetření trvá dle Gabriela a Nováka (2008, s. 102) zhruba 4 – 5 hodin.

Je-li to možné, je součástí vyšetření i návštěva psychologa v domácnosti žadatelů. Psycholog tak má možnost v rodinném prostředí poznat přirozený chod a denní režim domácnosti žadatelů, interakci jednotlivých členů rodiny při běžných činnostech, zjistit, jak spolu členové rodiny komunikují. Návštěva v rodině je také příležitostí zaměřit se pomocí klinických metod na orientační posouzení stávajících dětí v rodině, ať již vlastních nebo přijatých (Gabriel; Novák, 2008, s. 102 – 105).

²⁴ Klinickými metodami jsou: pozorování, rozhovor, anamnéza, analýza spontánních produktů (více viz Svoboda; Krejčířová; Vágnerová, Psychodiagnostika dětí a dospívajících, 2001).

Důležitou součástí psychologického vyšetření je zjištění **motivace žadatelů pro přijetí dítěte do pěstounské péče**. Úkolem psychologů je pochopit širší souvislosti, které vedou žadatele k rozhodnutí o přijetí dítěte. Význam motivace obecně je dokládán různými empirickými šetřeními i odbornou literaturou. Sobotková (2003, s. 51) pokládá motivaci za určitý dynamický činitel, který významným způsobem ovlivňuje fungování pěstounských rodin, jelikož jejich motivy souvisejí s hodnotovým systémem a zralostí pěstounů. Je důležité znát, kdo jsou potenciální náhradní rodiče? Jaká jsou jejich očekávání? Jakou mají motivaci pro rodičovství? Proč žádají o svěření cizího dítěte do své péče? (Škoviera, 2007, s. 53).

Je zřejmé, že s jedinečností každého žadatele či v případě manželského páru – žadatelů, budou individuální i důvody, pro které se tito lidé rozhodnou přijmout do své péče cizí dítě. Porovnáním výzkumů psychologů a dalších pracovníků, kteří se zajímají o problematiku náhradní rodinné péče, však lze vysledovat některé obecné charakteristiky, respektive motivy, které se u mnoha žadatelů opakují. Jejich rozhodnutí je většinou spojeno s vícero motivy. Podle Škoviery (2007, s. 53) jde o širokou škálu motivací od oficiálně uváděných nebo skrytých důvodů, až po důvody vycházející z nevědomí či vědomě utajované (viz Tab. č. 10). Lze se tak setkat s různými typy žadatelů, u nichž převažuje určitý typ motivace.

Motivy zveřejněné	Motivy neveřejné	Motivy skryté
altruismus	smysluplné trávení volného času	aspirace na úspěšné rodičovství
lásky k dětem	ekonomické přilepšení	vykoupení z viny
schopnost vychovávat děti	pocit rodinné povinnosti	očekávání vděčnosti
nenaplněné rodičovství	získání společenského statutu	řešení partnerské krize
doplnění rodiny	ubytování	psychopatologické motivy
nalezení životní náplně	publicita	mocenské ambice
podělení se o materiální statky	-	-
snaha zachránit dítě	-	-

Tab. č. 10 Motivace pro náhradní rodičovství

Zdroj: Škoviera, 2007, s. 54

Nejvýraznější odlišnosti si lze všimnout u žadatelů o osvojení a žadatelů o pěstounskou péči. Je to dáno samotnou charakteristikou těchto forem náhradní rodinné péče. Osvojením často vzniká nová rodina na základě potřeby saturace nenaplněného manželství, nejčastěji z důvodu nemožnosti mít vlastní děti. Jedním z důležitých hledisek, které vedou k úvahám o náhradním rodičovství, respektive o adopci, je vlastní bezdětnost zapříčiněná dlouhodobou nechtěnou neplodností páru. Jsou však i žadatelé, kteří vychovali vlastní děti, cítí se být stále dost silnými a zkušenými a mají i touhu pomoci. Většinou jsou jimi pěstouni.

Podle Lazeckého (2008, s. 39), který zkoumal rozdíly ve struktuře motivace u prvožadatelů o osvojení a pěstounskou péči, zařazených do registru žadatelů náhradní rodinné péči v roce 2006, žadatelé o osvojení často uváděli motiv zachování rodu, mateřství a péče. Naopak u žadatelů o pěstounskou péči převažovala spíše motivace spojená s naplněním smyslu života, odstraněním samoty a především s nabídkou pomoci někomu druhému. Pěstouni jsou lidé, kteří oproti osvojitelům nelpí na tom mít dítě a naplnit jím svůj život. Motivace pěstounů je tedy o to různorodější a obsahuje více altruistických prvků. Pěstouni chtějí být užiteční, pomoci dítěti, dát mu rodinu, zázemí, pocit jistoty a bezpečí – nový domov.

Sobotková (2003a, s. 52) prováděla v letech 1999 – 2002 průzkum zaměřený na fungování pěstounských rodin a jejich strategie zvládání náročných situací. V rámci tohoto výzkumu se zaměřila i na zjištění motivace vedoucí k rozhodnutí stát se pěstouny. Z rozhovorů s pěstouny vyplynulo, že nejdůležitějšími motivy pro jejich rozhodnutí přijmout do rodiny cizí dítě, byla ochota pomoci potřebným dětem, síla vychovávat další děti, vlastní bezdětnost, inspirace jinými pěstouny, nemožnost mít další děti nebo ochota postarat se o dítě známých nebo příbuzných.

Matějček (1994, s. 30) podotýká, že citový vztah s dětmi recipročně uspokojuje potřebu životní jistoty. Narození nebo přijetí dítěte dává jeho rodičům naději, že je děti i po založení vlastní rodiny navždy neopustí a budou jim stále nablízku. Rodiče v dětech totiž nachází někoho, na koho budou moci ve svých vzpomínkách a chvílích volna myslet, s kým budou moci sdílet své každodenní radosti i strasti a kdo jim bude stále dávat najevo, že na světě nejsou sami.

Sobotková uvádí, že pěstouni svou novou roli přijímají spíše jako poslání. Pěstounství není jejich práce, ale jejich život, jak potvrzují slova jedné z pěstunek, již autorka cituje: „*Nebrali jsme si dítě proto, že by nám něco chybělo. Brali jsme si dítě proto, že nám něco přebývalo – láska.*“ (převzato z: http://www.hr-server.cz/common/vlastni_clanek_detail.asp?c_id=199&o_id=1301). Síla jejich motivace a touha pomáhat druhým musí být o to větší a významnější, pokud se žadatelé rozhodnou přijmout do své péče dítě se zdravotními obtížemi, postižením a dalšími rodinnými či kulturními handicapy, jichž se jinak běžní lidé nebo například osvojitelé obávají.

Okrajově se lze u pěstounů setkat s ekonomickou motivací – tlakem na úřady sociálně-právní ochrany dětí s cílem přijmout do péče třetí dítě (případně dítě dlouhodobě závislé na pomoci jiné fyzické osoby), jelikož tím pěstouni od státu získávají nárok na odměnu pěstouna

ve zvláštních případech (viz Přílohu B), která jim zajišťuje, že se stávají zaměstnanci státu a nemusí platit sociální a zdravotní pojištění (Gabriel; Novák, 2008, s. 47).

Matějček (1999, s. 78) konstatuje, že motivaci žadatelů je však třeba pečlivě zkoumat. Zvlášť, pokud se jedná o přijetí dítěte s nějakým zdravotním handicapem. Nevhodným motivem je výše uvedená ekonomická motivace nebo snaha o odčinění nějakého hříchu. Dítě se poté stává pouze nástrojem k uspokojení této potřeby a vytrácí se ona důležitá podstata, pro niž je náhradní rodičovství zakládáno. Touha pomáhat i za cenu velkého vypětí a osobní oběti může na jedné straně vést k přílišné přepjatosti ve vztahu k dítěti, na straně druhé, pokud je však vhodně uspokojena péčí o dítě s postižením, může být přínosná oběma stranám. Autor dodává, že dětí se zvláštními potřebami se mnohdy ujímají lidé také svým způsobem zvláštní či něčím výjimeční. Důležité však je, aby to byla ta pravá a žádoucí zvláštnost, která k sobě tyto lidi připoutá (Matějček, 1999, s. 79).

Bubleová (2001, s. 12) dále uvádí, že by přijetí cizího sociálně osiřelého dítěte do péče nemělo být motivováno pouze snahou o vykonání dobrého skutku. Tímto aktem by měly být navázány nové opravdové, hluboké a trvalé rodinné vztahy. Ačkoli je dobrá vůle a otevřené srdce podstatným vkladem pro fungování nově založené rodiny, je také zapotřebí, aby budoucí vychovatelé měli hodně síly, odhodlání, vytrvalosti, shovívavosti a dalších schopností a dovedností, aby zvládli tento velmi náročný úkol a dokázali se postavit i případným potížím přicházejícím ze strany dítěte, jeho biologické rodiny nebo jejich okolí. Zvlášť, jde-li o dítě se zdravotním postižením, dítě jiné národnosti nebo etnika.

3.3.3 Čekání na nabídku dítěte

Po odborném posouzení žadatelů následuje většinou nejdelší období a tím je období, kdy žadatelé čekají, až budou vybráni jako vhodní pěstouni pro konkrétní vybrané dítě. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí neudává žádnou stanovenou **čekací dobu**. Vše se odvíjí od toho, jaké představy o dítěti žadatelé uvedli do své žádosti o pěstounskou péči. Zároveň i každý region České republiky má jinou čekací dobu – v některém je čekací doba delší, v jiném kratší.

Je známo, že nejdelší čekací doby jsou u zájemců o adopci zdravého dítěte našeho etnika do jednoho roku věku. Zde se dokonce projevuje určitá diskrepance mezi počty žadatelů o dítě a počty dětí vhodných do osvojení, kterých je méně než zájemců o ně. V této souvislosti

platí obecná rovnice, která udává, že větší nároky na dítě prodlužují dobu čekání na nabídku dítěte. Jak uvádí autorský kolektiv Střediska náhradní rodinné péče (2007, s. 17), přání žadatelů leckdy nelze uspokojit, neboť jejich požadavky na dítě jsou totiž mnohdy vyšší než vůbec děti, které potřebují novou náhradní rodinu, mohou splňovat. Je mnoho dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, které by byly vhodné pro pěstounskou péči, avšak na druhé straně stojí málo žadatelů o tyto děti.

Jestliže však žadatelé uvedou ve své žádosti o dítě toleranci či dokonce přání přijmout dítě handicapované, zdravotně postižené nebo etnicky odlišné, jejich čekací doba se tím zkrátí. Pokud žadatelé zároveň splňují všechny náležitosti, je možné, že se dostanou před řadu jiných čekatelů a dítě jim může být nabídnuto poměrně záhy, i několik týdnů po jejich zařazení do evidence, jak podotýkají Gabriel a Novák (2008, s. 85).

3.3.4 Párování dětí a budoucích pěstounů

Při zprostředkování náhradní rodinné, respektive pěstounské péče je důležité se řídit tím, že konkrétnímu dítěti, jež stojí v centru zájmu pracovníků, je s ohledem na jeho specifické potřeby **vybírána vhodná rodina**, nikoli naopak (Vávrová, 2007, s. 224). Vhodnou rodinou je dle autorky ta, jež je ochotna a připravena přijmout do rodiny dítě takové, jaké je – dítě, které si s sebou do nového domova ponese svou specifickou osobní i rodinnou historii, břímě své minulosti, důsledky pobytu ústavním zařízením nebo v dlouhodobě nefungující rodině, omezení zdravotního nebo psychického rázu a další jiná rizika. Budoucí pěstouni také musí počítat s možnou participací biologické rodiny dítěte na jeho životním směřování.

Je proto důležité, aby žadatelé o přijetí dítěte do péče byli schopni realisticky nahlédnout své možnosti a schopnosti, a věděli, kde jsou jejich přednosti a kde naopak příležitosti ke zlepšení, co je v jejich silách a co už nikoli. Velký prostor pro toto sebeuvědomění naskýtá právě účast na psychologickém vyšetření a na přípravných kurzech. Výběr vhodné rodiny dle Vávrové (2007, s. 224) závisí na ujasnění míry tolerance vůči dítěti a jejich dobrém nachystání pro svou novou životní roli.

Zprostředkování pěstounské péče probíhá na příslušných krajských úřadech, kde jsou shromažďována jak veškerá zjištěná data o žadatelích, založená ve spisové dokumentaci,

a jejich žádosti, tak i dokumentace o dětech vhodných pro pěstounskou péči (Kovařík, 2004, s. 156).

O výběru kvalitních žadatelů, kterým bude posléze dítě navrhuto pro převzetí do pěstounské péče, rozhoduje komise odborníků v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, tzv. **poradní sbor**, tvořený podle § 38a zákona o sociálně-právní ochraně dětí zástupci z odvětví psychologie, dětského lékařství, pedagogiky, pracovníky zařízení pro výkon ústavní výchovy spadajících do kompetence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí a zaměstnanci krajského úřadu a obecního úřadu obce s rozšířenou působností na úseku sociálně-právní ochrany dětí. Poradní sbor na základě prostudování žádosti určí pořadí žadatelů a doporučí, kterým z nich by mělo být projednávané dítě nabídnuto. Konečné rozhodnutí je však poté opět na uvážení krajského úřadu (Gabriel; Novák, 2008, s. 89).

Pokud krajský úřad přihlédne k doporučení poradního sboru, vyzve následně prostřednictvím sociální pracovnice úřadu obce s rozšířenou působností vybrané žadatele k seznámení s dokumentací dítěte na příslušném krajském úřadě. Žadatelé mají právo prohlédnout si jeho barevnou fotografii a získat o něm veškeré dostupné informace, týkající se jeho osobní a rodinné historie, sociálního původu a prostředí, kde vyrůstalo, zdravotního a psychického stavu a sociálně-právní situace (Vávrová, 2007, s. 225). V případě pěstounské péče je velmi důležité znát, jak často se o dítě jeho biologičtí rodiče zajímají a jaký je předpoklad frekvence a intenzity jejich vzájemného kontaktu s dítětem, a tedy i s pěstouny. Na rizika vyplývající z návštěv biologických rodičů v pěstounských rodinách (např. nespolupráci rodičů, agresivitu, narušování průběhu pěstounské péče) je podle Gabriela a Nováka (2008, s. 92) třeba žadatele předem upozornit.

Jestliže se děti, které jsou v rámci jednoho kraje nabízeny žadatelům, nedaří po delší dobu do žádné rodiny umístit, jsou pro ně vybírány rodiny i v jiných krajích. Pakliže se ani poté pro ně žádná rodina nenalezne, spadají do evidence Ministerstva práce a sociálních věcí, které shromažďuje spisy dětí, pro které se nenašli rodiče a dokumentace rodičů, pro něž se nenašly děti. Neziskové organizace pak v rámci své činnosti mohou, pokud je schválení žadatelé osloví se zájmem o obtížně umístitelné dítě, podat návrh na ministerstvo, které následně výběrem ze své databáze může dát šanci dítěti, které předtím nedosáhlo ani na minimální požadavky tolerantních žadatelů.

3.3.4.1 Indikace pěstounské péče

O úspěchu náhradní rodinné péče často rozhoduje vhodnost umístění dítěte do vybrané rodiny. Stanovení určité formy náhradní péče pro konkrétní dítě závisí na zodpovědném odborném posouzení každého případu (Matějček, 1992, s. 193). Proto je při umisťování dětí do náhradních rodin třeba brát v úvahu několik důležitých činitelů. V případě adopce je nejdůležitějším kritériem pro umístění dítěte do nové rodiny to, zda o ně jeho biologičtí rodiče nejeví žádný zájem, a je tedy právně volné. Jak uvádí Matějček (1999, s. 73 – 83), je obecně zapotřebí přihlížet k **činitelům biologickým**, jakými jsou například genetická výbava po rodičích, vnější zjev, inteligence dítěte, zdravotní stav atp. Umístění dítěte ovlivňují i **vývojové faktory**, například věk, psychický vývoj dítěte či mentální retardace, dále pak **sociální faktory a situační činitele**.

Pro pěstounskou péči jsou vhodné děti, jimž v osvojení brání právní překážky, a dále zejména děti sociálně osiřelé, které vyžadují trvalou individuální péči – tedy děti zdravotně handicapované. Zajisté se najdou také žadatelé o osvojení, kteří jsou ochotni přijmout právně volné dítě se zdravotním postižením. Není jich však mnoho. V mnohém záleží také na rozhodnutí poradního sboru, zda je dítě vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a konkrétnímu handicapu možno do adopce svěřit, či zda by pro něj nebylo lepší umístění do pěstounské péče. Jak upozorňují Gabriel s Novákem (2008, s. 52), zvážení pěstounské péče jako alternativy osvojení, je odborníky často doporučováno zejména tehdy, pokud se během procesu vyřizování žádosti o osvojení, respektive v době přípravy na ně, vyskytnou pochybnosti o tom, zda by žadatelé byli v budoucnu schopni zvládnout náročnou výchovu dítěte právně volného k adopci s určitými vývojovými specifiky, zvláštnostmi, vadami nebo zdravotními obtížemi. Tento krok je možností získat více času na rozpoznání vlastních schopností a dovedností pečovat o výchovně náročnější nebo výrazněji handicapované dítě, jelikož je zvláště v kojeneckém nebo batolecím věku hůře predikovatelný vývoj a prognóza zdravotního postižení dítěte. Pokud však žadatelé po určité době dospějí k názoru, že je v jejich silách zvládnout tuto náročnou péči, navázat s dítětem opravdové a hluboké citové vazby a být láskyplnými rodiči, mohou společně s orgánem sociálně-právní ochrany dětí požádat soud o svěření dítěte do nezrušitelného osvojení (Gabriel; Novák, 2008, s. 52).

Z hlediska této práce má význam zmínit se především o faktorech, respektive typech handicapu, které určují jako nejvhodnější řešení pro dítě právě pěstounskou péči.

Pro děti se zdravotním postižením je **specifickou indikací**²⁵ právě pěstounská péče individuální či případně péče skupinová. Každé dítě se zdravotním postižením je v nějakém ohledu specifické a vyžaduje speciální výchovnou péči, jedná-li se dle Matějčka (1992, s. 194) zejména o genetické zatížení dítěte (riziko dědičné nemoci) a pravděpodobnost vážnějšího geneticky podmíněného poškození vyšší než 10 %. Autor zároveň dodává, že právě k **hereditě** se vztahuje mnoho obav potenciálních nových vychovatelů dítěte. Jedině při individuálním vedení je možné co nejcitlivěji reagovat na jeho specifické potřeby. V poučeném a nepřiliš úzce citově zatíženém prostředí pěstounské rodiny jsou nastaveny nejvhodnější podmínky proto, aby vychovatelé porozuměli jeho potřebám a aby je náležitým způsobem a v patřičné míře uspokojovali (Matějček, 1999, s. 75).

Vnější zjev by sám o sobě neměl zakládat indikaci náhradní péče v určitém typu rodiny. Nicméně některé nápadnosti, které překračují běžný rámec společenských norem a konvencí (např. rozštěp rtu či patra, malformace rukou a obličeje, malý vzrůst), přinášejí určité problémy v tom, co je pro jednotlivé rodiny přijatelné a co už nikoliv. Od toho se pak odvíjí umístění dítěte. Individuální pěstounská péče je v tomto případě indikována za předpokladu ochoty přijmout dítě s určitým tělesným znakem. Tato charakteristika daného dítěte kromě jiného klade zvýšené nároky na adaptační schopnosti nových vychovatelů dítěte a nese s sebou i potřebu citlivého výchovného vedení ze strany cíleně vybrané a odborně vedené rodiny (Matějček, 1992, s. 197).

K tomu, co si dítě přináší od vlastních neboli biologických rodičů do svazku s novými rodiči/vychovateli v náhradní rodině, patří i jeho vybavenost po **stránce tělesné a zdravotní** (Matějček, 1992, s. 198). U dětí se zdravotním postižením se jedná především o různé poruchy a vady zdravotního rázu, chronická a nevyléčitelná onemocnění, která vychylují tělesný a potažmo i psychický vývoj dítěte z obvyklé dráhy, stěžují mu jeho životní situaci, uplatnění a perspektivu do budoucna. O typech těchto poruch bylo pojednáno již v kapitole věnované klasifikaci zdravotního postižení. Jelikož děti s těžším tělesným či zdravotním postižením v mnoha případech nepřichází v úvahu pro osvojení, lze soudit, že právě individuální či skupinová pěstounská péče představuje perspektivní řešení.

Pro děti s postižením je pěstounská péče specifickou indikací, neboť tu lze patrně nejlépe spojit rodinnou péči (ovšem bez přílišné citové vázanosti na dítě) s jistou formou profesionálního pečovatelsství (Matějček, 1999, s. 79). Tyto děti, více kterékoli jiné, vyžadují

²⁵ „Specifická indikace znamená, že tato forma náhradní péče je dle uvedeného kritéria nejvhodnější; je třeba o ní přednostně uvažovat“ (Matějček, 1992, s. 193).

zpravidla četná rehabilitační cvičení, návštěvy praktických lékařů i specialistů v dané oblasti, absolvují mnohá vyšetření zdravotního stavu (reflektující jeho zlepšení či naopak zhoršení) a různé zákroky vyžadující pobyt ve zdravotnických zařízeních. Kromě profesionální zdravotnické péče potřebují také komplexní sociální péči, kterou zajišťují různá zařízení sociálních služeb. Zejména u dětí s postižením nabývají na významu odlehčovací služby, které zároveň dávají prostor pro odpočinek jejich rodinám.

V tomto ohledu však se stále aktuálnější stává otázka **odlehčovací péče** pro náhradní rodiny pečující o děti bez nějakého zdravotního postižení. Na základě výsledků analýzy potřeb rodin s dětmi v náhradní rodinné péči ve Středočeském kraji realizované občanským sdružením Rozum a Cit v letech 2008 – 2009 poukazuje řada náhradních rodičů na neexistenci samostatných odlehčovacích služeb pro náhradní rodiče, které by mohly podpořit děti v rozvoji jejich sociálních dovedností a zájmů, získávání nových zkušeností a kontaktů a náhradním rodičům přinést prostor pro vlastní psychohygienu a regeneraci sil, prostor pro vzdělávání a výměnu zkušeností, ulehčit při přípravě dětí do školy a zvládání domácnosti, ale také poskytnout i podporu při řešení různých krizových a náročnějších situacích, které při výchově dětí v náhradní rodinné péči mohou nastat (Hanušová; Hrdinová; Štětková, 2009, s. 89 – 92).

Nyní ale od krátké odbočky zpět k původnímu tématu. Individuální pěstounská péče je indikována v případě dětí se zdravotní vadou mající špatnou prognózu do budoucna (např. cystická fibróza, progresivní svalová dystrofie, srdeční vady). Pro děti s **lehčím postižením** ubývá výhradního postavení indikace individuální pěstounské péče a čím více se defekt nebo nemoc blíží normálu, tím více se otevírá větší prostor pro ostatní formy náhradní rodinné péče, včetně osvojení (srov. Matějček, 1992, s. 198). Například pro dítě s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou (ADHD), dříve nazývanou na základě etiologie jako lehká dětská encefalopatie či dětská mozková dysfunkce, je individuální péče v pěstounské rodině vhodná zejména z důvodu možnosti zaměřit se na vyrovnávání jeho zvláštností a cíleně jej podporovat k normálnímu sociálnímu zařazení do školního kolektivu (Matějček, 1992, s. 199). Stejně tak to platí i pro děti se specifickými poruchami učení, jakými jsou dyslexie, dysortografie, dyskalkulie a další. V těchto případech (a u osvojitelů toto platí dvojnásobně) je dle slov prof. Matějčka (1999, s. 80) důležité vhodné výchovné vedení náležitě poučených vychovatelů, jimž je zapotřebí po dobu školní docházky dítěte trvale poskytovat odbornou průvodcovskou službu.

Nakonec v krátkosti ještě zmínka o vlivu vývojových faktorů – **psychické úrovně dítěte, jeho vývojové prognózy a mentální retardace** na indikaci pěstounské péče. Pokud je

prognóza u dítěte v pásmu podprůměrné intelektové výkonnosti (ale stále v rámci širší normy), je za přiměřeně snížených nároků na úspěšnost dítěte ve škole a při nenáročném vedení v domácím prostředí vhodná právě péče pěstounská, a to i skupinová, jak podotýká Matějček (1999, s. 83). U dětí s těžkou a středně těžkou mentální retardací je často indikováno umístění v ústavních zařízeních.

Pěstounská péče je přijatelným řešením u dětí s poruchou intelektového vývoje v pásmu lehké mentální retardace, neboť je přístupnější odborné pomoci zvenčí více než adopce. Z pohledu pěstounů je však třeba, aby byli srozuměni se stavem a prognózou dítěte a vědomi si tohoto omezení. Pro děti se sníženou inteligencí v oblasti hraničního pásma mezi efektivitou a normalitou je dle Matějčka (1999, s. 84) z hlediska nároků, ambic a méně častých komplikací vyplývajících z nereálného očekávání jejich vychovatelů, pěstounská péče více než vhodná. Právě u těchto dětí je znát, jak dobrá rodinná výchova stimuluje vývoj jejich intelektových schopností a pomáhá dosáhnout vyšší úrovně socializace, což dokládá i empirická část této práce.

Děti s vážnějším postižením zatím většinou přicházejí do ústavních zařízení, nicméně pěstounská péče u takto handicapovaných dětí je dle Matějčka (1999, s. 79) v posledních letech praktikována častěji, než tomu bylo dříve. Dokladem toho je statistika počtu dětí se zdravotním postižením umístěných v pěstounských rodinách v letech 2005 – 2009, sestavená z dostupných údajů Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (viz tabulku č. 11). Ukazuje se, že za posledních pět let počet dětí se zdravotním postižením v těchto náhradních rodinách mírně stoupá. Přelomem bylo období let 2006 – 2007, kdy se při standardním přírůstku dětí v pěstounských rodinách zvýšil počet dětí s postižením zhruba o 10 %.

Rok	Počet dětí umístěných za sledovaný rok		Počet dětí k 31. 12. sledovaného roku	
	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených
2005	864	43	4 613	263
2006	889	31	4 884	270
2007	1 105	54	5 174	294
2008	1 403	39	5 727	295
2009	1 568	42	6 722	292

Tab. č. 11 Počet dětí se zdravotním postižením v pěstounské péči v letech 2005 – 2009

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Pro získání představy o počtu dětí se zdravotním postižením v pěstounské péči a jejich zdravotním stavu bylo využito výsledků výzkumu, který realizovalo v roce 2006 Občanské sdružení Rozum a cit ve spolupráci se Střediskem náhradní rodinné péče a Nadací Rozum a cit. Mezi 686 pěstounskými rodinami v České republice byl proveden kvantitativní sociologický výzkum s cílem ověřit míru informovanosti pěstounů o jejich právech a nárocích a zjistit, jaké mají zkušenosti s využíváním pomoci a služeb a jaké jsou jejich konkrétní potřeby. V době realizace výzkumu žilo v pěstounských rodinách celkem 2 669 dětí, 57% z nich bylo dětí přijatých do pěstounské péče. Pro tuto práci jsou zajímavé sociodemografické údaje o skladbě a situaci pěstounských rodin s ohledem na zdravotní stav svěřených dětí.

Jak již bylo uvedeno, pěstounské rodiny často vychovávají velký počet dětí přijatých i dětí vlastních a často také přijímají do péče děti s nějakými handicapy či se existence těchto potíží v průběhu péče o svěřené dítě projevívá. V rámci průzkumu bylo zjištěno, že z 686 oslovených rodin se 65 % rodin (tj. 446 rodin) stará o děti se dvěma a více handicapy. Nejčastěji se jedná o několikanásobnou kombinaci handicapů dítěte nebo výskyt různých potíží, se kterými se pěstouni musejí vyrovnávat u několika přijatých dětí. Nejpočetnější skupinou jsou rodiny, jak ukazuje tabulka č. 12, které pečují o děti se dvěma až čtyřmi handicapy. 22 % rodin se potýká s vícečetnými poruchami a problémy u přijatých dětí. 35% rodin vychovává děti bez jakéhokoli handicapu, či maximálně s jedním.

Počet handicapů	Počet rodin	Počet rodin v %
Žádný – jeden	240	35
Dva – čtyři	295	43
Pět – sedm	151	22

Tab. č. 12 Počet handicapů u dětí svěřených do pěstounské péče

Zdroj: http://www.pestounskapece.cz/do_zprava.php

Podle výzkumu pěstounské rodiny nejčastěji vychovávají děti s lehčími poruchami, jimiž jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita, poruchy učení. Zhruba pětina rodin se však musí potýkat s těžkým zdravotním postižením a dalšími závažnými handicapy u svěřených dětí. Výše zmíněné poruchy a postižení se v rodinách vyskytují i u několika dětí zároveň, což potvrzuje, že výchova těchto dětí klade na pěstouny vysoké nároky. Četnost těchto poruch u jednoho a více dětí v pěstounských rodinách dokládá tabulka na následující straně práce (viz tabulku č. 13).

Nejčastější potíže u dětí	Počet rodin (v %)		
	U jednoho dítěte	U více dětí	Celkový počet rodin (v %)
Poruchy pozornosti	32	23	55
Poruchy učení	32	21	53
Hyperaktivita	31	13	44
Poruchy chování	26	16	42
Častá nemocnost, lehčí zdravotní postižení	22	12	34
Nadměrná úzkostnost, fobie	18	5	23
Těžké zdravotní postižení	15	6	21

Tab. č. 13 Nejčastější obtíže dětí v pěstounských rodinách

Zdroj: http://www.pestounskapece.cz/do_zprava.php

Výzkum v pěstounských rodinách prokázal i zajímavé souvislosti ve vztahu k délce doby od přijetí prvního dítěte do péče. Ukázalo se, že čím delší je doba trvání pěstounské péče, tím je větší pravděpodobnost vyššího počtu dětí s nějakými potížemi a poruchami v pěstounských rodinách. Z uvedeného tedy vyplývá, že čím jsou pěstouni starší a zkušenější, tím jsou ochotnější přijmout do své péče složitější a náročnější děti (převzato z: http://www.pestounskapece.cz/do_zprava.php).

3.3.4.2 Zdravotnická dokumentace

Jestliže si žadatelé podali žádost, v níž uvedli toleranci dítěte se zdravotním handicapem, je nezbytné, aby byli důkladně seznámeni s jeho zdravotnickou dokumentací a měli možnost získané údaje zkontrolovat s odborníky v této oblasti. Dobrá informovanost o zdravotním stavu dítěte, jeho tělesném a psychickém vývoji, specifických potřebách a vývojových odchylkách, jeho prognóze a možných komplikacích a také i obecná znalost problematiky postiženého dítěte může významným způsobem ovlivnit jak rozhodnutí o přijetí postiženého dítěte, tak i následně úspěšnou realizaci pěstounské péče (Bubleová, 2007, s. 213).

Jak uvádí ve své brožuře Středisko náhradní rodinné péče (převzato z: http://nahradnirodina.cz/files/File/pestouni_zdrav_dok.pdf), ze **zdravotnické dokumentace** se mohou potenciální budoucí vychovatelé dozvědět podrobnosti (pakliže jsou tyto informace známy) o rodinné anamnéze a osobní anamnéze dítěte, prodělaných vyšetřeních, diagnóze dítěte a doporučeních pro jeho další vývoj. V **rodinné anamnéze** lze dohledat informace o věku, zdravotním stavu, etnické odlišnosti matky, otce, sourozenců dítěte, o předčasných úmrtích v rodině a jejich příčinách, o závažných onemocněních a vážných chorobách, které členové

biologické rodiny mají, nebo které dříve prodělali. Sledují se zejména dědičné choroby, vrozené vývojové vady, psychická, nádorová, alergická, záchvatová a infekční onemocnění, alkoholismus, drogová závislost a jiné somatické poruchy.

Z **osobní anamnézy** dítěte je možné zjistit, z kolikátého těhotenství dítě pochází, zda se během tohoto období vyskytly u matky nějaké rizikové faktory, které by jeho průběh mohly ovlivnit (např. alkoholismus, infekce), jak porod probíhal, zda byly zjištěny nějaké vývojové vady (např. rozštěp páteře, rtu nebo patra, vady srdce, cév nebo končetin).

Dále je možné seznámit se s vzhledem, vzrůstem a psychomotorickým vývojem dítěte, prodělanými onemocněními, úrazy, operacemi a různými poruchami a také s výsledky screeningových²⁶, neurologických, psychologických a genetických vyšetření, která dítě během svého života absolvovalo. Dokumentace by měla obsahovat i diagnózu dítěte a doporučení týkající se stravy, léků, rehabilitace a dalších plánovaných vyšetření. Jak autoři brožurky dodávají, je dobré se také seznámit s denním režimem dítěte a o všech potřebných záležitostech pohovořit s pečující osobou (zdravotní sestrou nebo vychovatelkou), která se o dítě dříve starala a sledovala jeho vývoj (převzato z: http://nahradnirodina.cz/files/File/pestouni_zdrav_dok.pdf).

Aby bylo možné si utvořit přesnější představu o stavu dítěte (tedy o diagnóze onemocnění či poruchy a možnostech léčby) a jeho výhledech do budoucna, jsou na pracovišti sociálně-právní ochrany dětí krajského úřadu spolu s žadatelem přítomni většinou sociální pracovníce nebo psycholog (nejlépe oba), kteří jim mohou osvětlit podstatné skutečnosti a pomoci jim zorientovat v této oblasti. S dotazy na specifické obtíže dítěte, prognózu vývoje určitého zdravotního problému a nároky na péči je však již nutné obrátit se na pediatra daného ústavního zařízení nebo lékaře, jenž pro účely zprostředkování pěstounské péče posuzoval zdravotní stav dítěte a jeho specifické potřeby (Gabriel; Novák, 2008, s. 93 – 94). Další důležité skutečnosti o dítěti by měli budoucím náhradním rodičům poskytnout odborníci z pracovišť pro náhradní rodinnou péči, sociální pracovníce z oddělení péče o rodinu a děti nebo ředitelé, případně další pracovníci zařízení, odkud děti do náhradních rodin přicházejí.

Po prostudování všech informací mají žadatelé prostor vyjádřit své názory, doptat se na vše, co je dále napadá a mohlo by mít vliv na jejich rozhodnutí o seznámení se s vybraným dítětem a promyslet si, zda chtějí s dítětem navázat kontakt (Vávrová, 2007, s. 225).

²⁶ Screeningová vyšetření se provádějí již v porodnici za účelem „*vyloučení vrozené nedostatečnosti štítné žlázy, fenylketonurie, vrozeného vykloubení kyčelních kloubů*“ (převzato z: http://nahradnirodina.cz/files/File/pestouni_zdrav_dok.pdf).

3.3.5 Navazování kontaktu s dítětem a jeho převzetí do péče

Jestliže žadatelé na základě prostudování dokumentace dítěte, zodpovězení všech dotazů a zvážení těchto informací projeví o dítě skutečný zájem a rozhodnou se jej v místě jeho současného pobytu navštívit, obdrží na krajském úřadě tzv. „**oznámení o vhodnosti**“, jež je vstupní podmínkou umožňující se s dítětem osobně seznámit v daném zařízení. Dále také dostanou oznámení, kdy a kam se mají dostavit (Gabriel; Novák, 2008, s. 94). V opačném případě, pokud o nabízené dítě zájem nemají, je zapotřebí, aby tuto skutečnost oznámili zařízení i krajskému úřadu. I tak ale nadále zůstávají dle Kovaříka a kol. (2004, s. 156) v evidenci žadatelů o pěstounskou péči.

Na **první setkání s dítětem** by měli být žadatelé dobře připraveni. Je vhodné se zamyslet nad tím, jak si získat zájem dítěte a jakým způsobem s ním navázat první kontakt. Obecně se nedoporučují příliš nákladné dárky, ale spíše maličkosti, které děti potěší. Důležité je, aby byl dárek přizpůsoben zejména věku a vývojové úrovni dítěte. Žadatelé by si měli také předem promyslet své dotazy na ředitele a další pracovníky zařízení, v němž dítě pobývá. Jak již bylo uvedeno, právě oni jsou těmi, kteří jsou s dítětem v každodenním kontaktu a znají nejlépe jeho specifické potřeby, a proto právě oni mohou dát budoucím pěstounům mnohé cenné rady, jak si počínat při výchově a péči o dítě, co podporovat a na co si naopak dát pozor. Další kontakt s dítětem probíhá již individuálně, jak uvádí kolektiv Střediska náhradní rodinné péče (2007, s. 19), na základě dohody vedení ústavního zařízení s žadateli a dítětem.

Jde-li o dítě se zdravotním postižením, je třeba, aby se budoucí rodiče seznámili s jeho denním režimem a pod vedením odborného personálu zařízení se ním naučili zacházet a pečovat o něj dle jeho potřeb (Středisko náhradní rodinné péče, 2007, s. 19). Kovařík a kol. (2004, s. 156) doplňují, že je vhodný několikadenní pobyt nových náhradních rodičů v zařízení, z něhož dítě odchází, aby si obě strany na sebe zvykly a náhradní rodiče se zaučili všemu potřebnému, než bude dítě propuštěno ze zařízení do jejich péče. Podmínky tomu uzpůsobené má většina kojeneckých ústavů a dětských center v České republice.

Kontakt s dítětem může probíhat buďto v zařízení nebo mimo něj. Zpočátku se doporučuje pobyt v zařízení nebo kratší vycházky, poté může být dítě propuštěno i na víkendový nebo krátkodobý k budoucím pěstounům. Jelikož za dítě v době seznamování s novými vychovateli nese zodpovědnost stále zařízení, v němž dítě pobývá, je zapotřebí

písemného souhlasu ředitele zařízení spolu se souhlasem zástupce úřadu obce s rozšířenou působností (Středisko náhradní rodinné péče, 2007, s. 20).

U mladších dětí nebývá větší problém s navázáním vztahu s dítětem, u starších je však třeba větší trpělivosti, aby si budoucí pěstouni postupně získali jejich důvěru a sympatie. Některé z nich za sebou mají různé bolestivé zkušenosti, jiné za svůj život prošly několika zařízeními a vystřídal se u nich již několik vychovatelů. Proto potřebují více času, aby si na další osoby v jejich životě zvykly a posléze je přijaly za svou novou rodinu. Délka seznamování nových náhradních rodičů s dítětem před jeho propuštěním z ústavního zařízení dle Gabriela a Nováka (2008, s. 95) závisí na frekvenci návštěv u dítěte a také na kvalitě navázaného vztahu. Děti kojeneckého věku lze převzít poměrně brzy, návštěvy u předškoláků a dětí školního věku a dětí zdravotně postižených by měly probíhat častěji a delší dobu.

Počínaje dnem, kdy žadatelé od krajského úřadu dostanou „oznámení o vhodnosti“, mají 30 dnů na to, aby na úřadě obce s rozšířenou působností, zpravidla v místě bydliště rodičů, požádali o svěření dítěte do tzv. **předpěstounské péče** (Gabriel; Novák, 2008, s. 96). Před umístěním dítěte do předpěstounské péče (pokud dítěte nebylo umístěno do ústavní výchovy rozhodnutím soudu) je však třeba ještě souhlasu biologických rodičů dítěte, jelikož i oni jsou účastníky řízení a mají dle zákona právo se k tomuto rozhodnutí vyjádřit. Zkušební péče budoucích pěstounů musí trvat nejméně tři měsíce, a to na jejich vlastní náklady. Před uplynutím této doby by měli žadatelé dle § 45b odst. 2, zákona o rodině podat návrh na zahájení řízení o svěření dítěte do pěstounské péče, aby rozhodnutí o předpěstounské péči nepozbylo své platnosti. V případě, že se žadatelé rozhodnou tento návrh podat, dítě nadále zůstává v jejich péči, a to až do doby soudního rozhodnutí. V tomto období by měla nové pěstouny několikrát do roka navštívit příslušná sociální pracovnice obce s rozšířenou působností, jejíž zpráva spolu se zprávou psychologa tvoří poklad pro rozhodnutí soudu. Proces prostředkování pěstounské péče končí soudním rozhodnutím o svěření dítěte do pěstounské péče (Gabriel; Novák, 2008, s. 96).

Jelikož výkon pěstounské péče podléhá kontrole státu, musí pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí obce s rozšířenou působností po celou dobu pěstounské péče minimálně jednou za šest měsíců rodinu navštívit a alespoň jednou za rok podat soudu zprávu o průběhu výkonu pěstounské péče a prospívání dítěte (převzato z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9528/24092010-opr.pdf>). Pracovníci oddělení péče o rodinu a dítě a další odborníci z poradenských pracovišť pro náhradní rodinnou péči by měli i po skončení procesu zprostředkování být

pěstounským rodinám nadále k dispozici, poskytovat poradenskou a psychologickou intervenci a být nápomocny při řešení případných problémů v nové rodině nebo s biologickými rodiči dítěte (Gabriel; Novák, 2008, s. 97).

Je nutné vědět, že by pro žádného pracovníka neměla být pěstounská rodina pouze předmětem kontroly, naopak pěstounští rodiče by měli cítit, že všichni, kteří s nimi pracují, své profesi rozumí a snaží se využít všech svých kompetencí v jejich prospěch (Koluchová, 2002, s. 49). Vytvoření dobrého vztahu a vzájemné důvěry, uznání kvalit, zkušeností a znalostí pěstounů, individuální, citlivý a partnerský přístup by měl být prvotním předpokladem dobré spolupráce mezi oběma stranami, o čemž hovoří i zpráva občanského sdružení Rozum a cit, které v roce 2007 uskutečnilo v rámci projektu „Pěstouni mají právo na služby“ celkem pět seminářů v různých regionech České republiky s cílem pojmenovat potřeby pěstounských rodin a sestavit možná doporučení pro zlepšení stavu péče o pěstounské rodiny v České republice (převzato z: http://www.pestounskapece.cz/do_seminare.php).

3.4 Doprovázení, podpora a pomoc pěstounským rodinám

Poslední kapitola teoretické části práce je zaměřena na problematiku péče o pěstounské rodiny se zdravotně postiženým dítětem. Pozornost je věnována institucím a odborníkům, na něž se mohou pěstouni v případě potřeby pomoci s péčí o dítě obrátit tak, aby byli schopni překonat úskalí, která pěstounská péče o děti s handicapem přináší. Jsou zde uvedena i doporučení pěstounským rodičům, jak pečovat o sebe a své zdraví.

Škoviera (2007, s. 67 – 68) uvádí, že nezbytným předpokladem pro náhradní rodičovství jsou předně osobnostní kvality pěstounů, zejména psychická stabilita, altruismus, prosociálnost, komunikativnost a pozitivní a aktivní postoj k životu a ke světu, ochota se dále vzdělávat a rozšiřovat si své poznatky z vývojové psychologie a psychopatologie dítěte. Významné je dle autora přijetí dítěte širší rodinou a také to, že součástí rodiny je vlastní dítě pěstounských rodičů. Podpůrně působí i víra v Boha. Sobotková (2003, s. 50) vyvodila na základě své praxe v oblasti pěstounské péče další předpoklady, na nichž by měla stavět a fungovat pěstounská rodina. Těmito aspekty jsou zejména stabilní a silný citový vztah mezi partnery – pěstouny, odpovídající pěstounská motivace, optimální osobnostní nastavení pěstounů, ochota pracovat na budování rodinné pohody, duševní zralost a vyjasnění smyslu

života a také schopnost přijímat pomoc od rodinných blízkých přátel a nabízených služeb podpůrných organizací a odborníků.

Koluchová (2002, s. 89 – 90) doplňuje, že v optimálně fungujících pěstounských rodinách prožívají pěstouni a jejich přijaté děti na základě hlubokých citových vztahů pocit vzájemného obdarování a rodinné sounáležitosti, mají společnou životní perspektivu (i po skončení pěstounské péče dosažené zletilostí dítěte), tzn. že se pěstouni snaží řešit budoucnost přijatých dětí, berou je i nadále za své a stejně tak děti i je. V případě dětí s postižením je třeba, aby pěstouni byli tolerantní k obtížím v jejich vývoji, podporovali rozvoj jejich schopností a dovedností, byli otevření spolupráci s odborníky a prožívali výchovu přijatých dětí s handicapem jako svou životní náplň, nikoli jako obětování, neboť i děti s postižením potřebují prožít šťastné a radostné dětství. I mnohá postižení dětí se mohou v průběhu pobytu v rodině upravit, neboť rodina má velkou léčebnou moc, jak dodává Koluchová (2002, s. 89).

Po vzniku nového svazku mezi dítětem a jeho novými vychovateli je proto potřebná zejména další citlivá a dlouhodobá podpora a pomoc pěstounským rodinám, založená na identifikaci potřeb pěstounských rodičů v souvislosti s výchovou dítěte. Poradenské služby a pomoc pěstounským rodinám většinou zprostředkovává nebo zajišťuje poradní sbor, jež provádí výběr vhodných žadatelů pro konkrétní dítě. Rozhodnutí o využití nabízených služeb však vždy záleží na pěstounech samotných.

V oblasti náhradní rodinné péče působí řada organizací, které pomáhají jak nově vznikajícím pěstounským a adoptivním rodinám, tak i těm, které dítě do své péče již přijaly. Finanční a materiální podporu jednotlivcům, rodinám nebo různým rozvojovým projektům a typům služeb poskytují **nadace a nadační fondy**. **Nestátní neziskové organizace** se svou činností zaměřují na poskytování psychologického poradenství, odborných služeb v oblasti péče o rodinu a dítě, pořádání letních dětských táborů, vzdělávacích kurzů, seminářů a víkendových pobytových setkání pěstounských rodin za účelem vzájemného sdílení vlastních zkušeností a zážitků, setkání s odborníky, možnosti zažít přijaté dítě v jiném prostředí a získání nového pohledu na něj atd. (viz přílohu C). Pomocí jsou rodinám také různá internetová fóra, kde se mohou poradit s ostatními ohledně vlastních problémů. Odbornou podporu pěstounským rodinám zajišťují také různá všeobecná pracoviště státní i nestátní povahy, uvedená v předchozích kapitolách o sociálních službách a službách poradenských zařízení.

Vedle těchto organizací má velmi důležité postavení v jakékoli formě pěstounské péče, a zejména u rodin s dítětem se zdravotním postižením, **dětský lékař**. A to nejen v procesu

přípravy na přijetí dítěte, ale i během její realizace. K dětem v pěstounských rodinách je zapotřebí přistupovat jako k dětem rizikovým (zvláště jsou-li to děti s chronickými onemocněními, postiženími vyžadujícími pravidelnou rehabilitaci a specializovanou léčbu), radit jim i jejich pěstounům, věnovat jim zvýšenou pozornost a poskytovat jim soustavnou péči a trvalý lékařský dohled tak, aby bylo možné pružně reagovat na měnící se potřeby dětí, upravovat léčbu dle jejich aktuálního stavu a účinněji tak přecházet možným komplikacím. Současně je nutné úzce spolupracovat s odborníky v příslušných oblastech péče, kterou dítě vyžaduje (Dunovský, 1999, s. 231).

Nezbytnou úlohu, jak již bylo v předchozí kapitole uvedeno, mají dle Koluchové (2002, s. 49 – 50) **sociální pracovníce odboru péče o rodinu a dítě**, které se zaměřují na pěstounskou péči. Ty by měly být prvními osobami, které rodině pomáhají. Sociální pracovníce by měla o rodině vědět co nejvíce informací, doprovázet ji a doporučovat další odborné služby dle zdravotního a psychického stavu dětí a potřeb rodiny. Odborné služby by měly napomáhat k vytváření dobrých rodinných vztahů, přispívat k funkčnosti rodiny, podporovat ji v zátěžových situacích, které s sebou nese únava z péče o sourozenecké skupiny, děti s postižením a dospívající členy rodiny.

Péče sociální pracovníce by spolu s péčí **psychologa**, jenž by měl přijaté děti nejméně jednou za rok vyšetřit, měla být spíše preventivní, aby bylo možné včas zabránit možným vznikajícím problémům v rodině souvisejícím s adaptací dítěte na novou rodinu, školní prostředí a nové sociální okolí. Důležitá by měla být v případě větších potíží i otevřenost rodiny vůči službám psychiatra, pracovníkům krizového centra nebo terapeuta zaměřujícího se na práci s rodinou a dítětem (Koluchová, 2002, s. 50). S otevřeností rodiny vůči péči odborníků na jedné straně, by na straně druhé měla být podporována také dostupnost těchto služeb pro pěstouny samotné. Ti dostupnost odborníků vnímají často jako problematickou a poukazují na nedostatek psychologů a psychoterapeutů, kteří se zároveň orientují v problematice náhradní rodinné péče. Mimoto také pociťují nutnost a potřebu se vzdělávat a zvyšovat svou odbornost pro získání zpětné vazby na vlastní výchovu dětí a lepší psychohygienu.

Řešením by dle odborníků na oblast náhradní rodinné péče mělo být zavedení systémového vzdělávání náhradních rodičů, kteří by zároveň měli možnost využívat průběžné podpory ve formě supervize pro skupiny pěstounských rodin, s nimiž by spolupracoval supervizor – odborník na náhradní rodinnou péči (převzato z: http://www.pestounskapece.cz/do_seminare.php).

Archerová (2001, s. 102) uvádí, že v případě zdravotně postiženého dítěte je zapotřebí, aby mu náhradní rodiče pomáhali překonávat jeho nesnáze, tj. vytvářet vzájemně oboustranně naplňující vztahy, komunikovat se svým okolím a kompenzovat vlastní handicap. Autorka doporučuje, aby prostřednictvím různých organizací nebo poradenských zařízení zkusili kontaktovat jiné náhradní rodiče, kteří vychovávají dítě se stejným postižením, a s nimiž by si mohli vyměňovat své zkušenosti. Současně by si náhradní rodiče také měli zjistit co nejpodrobnější **informace o poruše**, jíž dítě trpí, aby mu mohli co nejadekvátněji pomoci. Jak Archerová (2001, s. 102) dodává, konečným cílem snažení rodičů by mělo pomoci dítěti dosáhnout co největší nezávislosti na jiné osobě, jež však vede přes prvotní závislost, jíž se dítě naučí nejlépe přijímat přes vztah s blízkou osobou založený na dlouhodobé a láskyplné péči.

Fitznerová (2010, s. 97) považuje **pomoc a podporu okolí rodiny** za nezbytnou. Poukazuje na fakt, že péče o dítě s postižením je objektivně velmi náročná, a není tedy někdy v lidských silách, aby všechny každodenní povinnosti rodina zvládla sama. Uvádí, že někdy rodině může pomoci i to, najde-li se někdo ochotný vypomoci nebo zastoupit v domácnosti, s doprovodem dítěte k lékaři, hlídáním dítěte atp. Je třeba se proto zabývat i způsoby, jak získávat energii, jak si ji udržet, jak odpočívat a relaxovat.

Autorka vychází z vlastních zkušeností, když uvádí, že i rodiče o sebe musí pečovat, jelikož jejich potřeby jsou stejně důležité jako potřeby jejich handicapovaných dětí. Je nutné, aby se dokázali na chvíli od dítěte odpoutat, tedy aby dítě nepohltilo veškerou jejich pozornost a energii, a oni i mysleli na sebe a **pečovali o sebe navzájem**. Je důležité, aby partneři pěstovali a podporovali svůj partnerský vztah a nacházeli si sami způsoby, jak získávat vydanou energii – ať již prostřednictvím příjemného pohybu či cvičení doma nebo v přírodě, pobytů v přírodě a cestování s celou rodinou, vykonáváním vlastních zálib v době, kdy je o dítě postaráno (nebo i po jeho boku), využíváním různých relaxačních technik a masáží k ozdravení duše i těla, či jen ponecháním volného toku emocí a odžitím si emocí negativních – což je také prevencí zdravotních a partnerských problémů a jednou z možností, jak se cítit lépe (Fitznerová, 2010, s. 111 – 119). Jak již bylo několikrát uvedeno, že je možné využívat služeb různých organizací a jejich aktivit, lázeňských pobytů, cvičení pro rodiče s dětmi, programů v mateřských centrech a tvořivých dílnách pro rodiče s dětmi, atp. Jak autorka dodává: „*Pečujeme-li o sebe, jsme šťastnější a schopni více dávat – a dáváme proto, že jsme s k tomu rozhodli a realizujeme se tím*“ (Fitznerová, 2010, s. 127). A nakonec to, že rodiče pečují o sebe navzájem a dávají si najevo svou náklonnost, učí i jejich děti tolik důležitým sociálním dovednostem, jako je mít rád, myslet na druhé a být jim nápomocen.

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

„Největším štěstím v životě člověka je vědomí, že nás někdo miluje proto, jací jsme, nebo spíše přesto, jací jsme.“

(Romain Rolland)²⁷

Na teoretickou část diplomové práce v dalším textu navazuje část empirická, která seznamuje s metodologií a výsledky výzkumného šetření, realizovaného s pěstounkami dětí se zdravotním postižením tak, aby bylo možné si utvořit představu o životě rodin, které přijaly do pěstounské péče dítě s postižením.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Výzkumné šetření si kladlo za cíl popsat, jaké jsou zkušenosti matek-pěstounek, které přijaly do pěstounské péče dítě se zdravotním postižením, a v souvislosti s tím postihnout, jakým způsobem matky-pěstounky péči o dítě s postižením zvládají, jak život s dítětem se zdravotním postižením zhodnocují a jaký význam pěstounské péči u těchto dětí přikládají.

Odpovědi na níže uvedené otázky by mohly dát možnost nahlédnout na problematiku pěstounské péče u dětí se zdravotním postižením všem, kdo se o toto téma osobně či profesně zajímají. Mohly by také napomoci porozumět, čím a jak žijí pěstounské rodiny v souvislosti s realizací pěstounské péče u dětí se zdravotním handicapem, a přispět také ke zvýšení (resp. zlepšení) obecného povědomí o této problematice.

Jelikož jsou to většinou matky, které jako první z partnerského páru přemýšlí o přijetí dítěte do pěstounské péče a podávají žádost o dítě (Škoviera, 2006, s. 53), byly rozhovory vedeny právě s matkami-pěstounkami.

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena následujícím způsobem: *Jaké zkušenosti nasbíraly matky-pěstounky v souvislosti s přijetím dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče?*

²⁷ Převzato z: <http://citaty.net/>.

Dílčí výzkumné otázky měly tuto podobu:

- *DVO 1: Jaké důvody vedly matky-pěstounky a jejich rodiny k rozhodnutí o přijetí dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče?*
- *DVO 2: S jakými problémy se během realizace pěstounské péče u zdravotně postižených dětí matky-pěstounky setkaly a co jim pomáhalo v jejich zvládnutí?*
- *DVO 3: Jaký význam pěstounské péči o dítě se zdravotním postižením matky-pěstounky přikládají?*
- *DVO 4: Jak matky-pěstounky zhodnocují průběh pěstounské péče a jaká doporučení jim z toho vyplývají?*

4.2 Výzkumná strategie

Pro realizaci výzkumného šetření byla využita strategie **kvalitativního výzkumu**, jenž je procesem „zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“, jehož cílem je pomocí „celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček; Šedřová, 2007, s. 17). Toho výzkumník dosahuje prostřednictvím analýzy informací, potřebných k zodpovězení výzkumných otázek, a vyvozováním induktivních a deduktivních závěrů (Hendl, 2005, s. 50). Kvalitativní výzkum je užíván k porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž není známo mnoho informací, k získání názorů na již známé jevy a podchycení všeho, co je kvantitativním výzkumem obtížně zachytitelné (Strauss; Corbinová, 1999, s. 11).

4.3 Metoda sběru dat

Jako metoda sběru kvalitativních dat byl pro účely šetření zvolen **hloubkový, polostrukturovaný rozhovor**. Výhodou rozhovoru je podle Chrásky (2007, s. 182) navázání osobního kontaktu, který otevírá možnost hlubšímu proniknutí do postojů a motivů respondentů, umožňuje sledovat reakce respondenta a vhodně tak usměrňovat průběh

rozhovoru. Jeho úspěšnost je závislá na schopnosti výzkumníka vytvořit otevřenou atmosféru a navázat s respondentem přátelský a uvolněný vztah.

Hlubkový rozhovor je podle Švaříčka (2007, s. 159 – 160) nestandardizovaným dotazováním jednotlivých účastníků výzkumu (členů určité specifické sociální skupiny) prostřednictvím otevřených otázek, kladených realizátorem výzkumu, jehož cílem je pochopit a porozumět jednání vybraných členů dané sociální skupiny. U polostrukturovaného rozhovoru se vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek, které však mohou být doplněny o dotazy požadující vysvětlení nebo doplnění toho, co respondent již odpověděl.

Polostrukturovaný rozhovor byl v této práci použit z důvodu, aby bylo možné se držet určitého rámce, daného předem připraveným scénářem rozhovoru s respondentkami. Tím však byl dán respondentkám prostor i pro vlastní vyjádření dalších subjektivně podstatných skutečností, na něž se dotazy přímo nezaměřovaly. Zvolení této varianty se po realizaci rozhovorů jeví jako opodstatněné vzhledem k faktu, že se respondentky během rozhovoru ve svých odpovědích na jednu otázku dotýkaly i jiných témat a zodpovídaly tak ještě nepoložené dotazy. V některých případech se svými odpověďmi také mýjely obsahu kladených otázek. Tyto skutečnosti byly v průběhu rozhovoru zaznamenávány a později bylo zapotřebí se k nim vrátit, doplnit je či případně dovysvětlit, aby bylo možné získat odpovědi ke všem připraveným tématům rozhovoru.

4.4 Organizace šetření a sběr dat

Organizace výzkumného šetření byla započata v lednu roku 2011, kdy bylo kontaktováno několik zařízení, která se zabývají problematikou náhradní rodinné, respektive pěstounské péče, nebo která přímo pomáhají dětem opuštěným nebo ohroženým sociálním prostředím. Na žádost o participaci na výzkumném šetření vstřícně reagovalo pouze Středisko náhradní rodinné péče, kde bylo domluveno setkání, během něhož byla objasněna představa o zamýšleném šetření a způsobu realizace rozhovorů. Na základě dohody o spolupráci byl zařízením poskytnut kontakt na potenciální respondentku šetření. Kontakt na další respondentku byl získán přes osobu, která se s pěstounskou v minulosti setkala a jedna respondentka byla oslovena na základě doporučení jiné pěstounky²⁸.

²⁸ Způsob výběru zkoumaného vzorku je charakterizován v následující kapitole.

Matky-pěstounky byly následně osloveny prostřednictvím e-mailové korespondence a všechny s uskutečněním rozhovoru souhlasily. Dva rozhovory byly realizovány v Praze a jeden ve Středočeském kraji. Rozhovory byly provedeny v prostředí, které bylo matkami vybráno: dva proběhly přímo v zaměstnání respondentek, k jednomu ze setkání došlo v prostředí restaurace. Dvě setkání se odehrávala bez přítomnosti dalších osob, jednomu byla přítomna celá rodina respondentky. Místo setkání průběh rozhovorů do jisté míry ovlivnilo, neboť byly občas přerušovány příchozími – spolupracovníky v zaměstnání nebo členy rodiny. Kvůli tomu bylo zapotřebí opakovaně odpovídat či pokládat dotaz, aby posléze šlo lépe znovu navázat na téma hovoru a výpovědi pěstunek tak byly srozumitelné a pochopitelné.

Během února a března 2011 byly uskutečněny celkem tři rozhovory, které trvaly zhruba hodinu a půl, až dvě hodiny. Všechny rozhovory byly se souhlasem matek zaznamenávány na diktafon tak, aby bylo poté možné text doslovně přepsat, lépe analyzovat získaná data a zachytit podstatné skutečnosti. Samotným rozhovorům předcházela neformální konverzace a představení účelu a struktury rozhovoru. Respondentky byly ubezpečeny o zachování anonymity. Zároveň projevíly zájem o přečtení hotové práce a bylo jim tedy přislíbeno její zaslání v elektronické podobě. Jednotlivé okruhy rozhovoru vycházely z dílčích výzkumných otázek, jak dokládá **příloha D: Scénář rozhovoru s matkami – pěstounkami**. V příloze E je práce doplněna o rozhovor provedený s Bc. Janou Frantíkovou, sociální pracovnící Střediska náhradní rodinné péče v Praze, který dokresluje pohled odborníka na zkoumanou problematiku.

4.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumného šetření se na základě náhodného účelového vzorkování a metody sněhové koule, jež je volbou respondentů na základě doporučení dříve zkoumaných jedinců (Hendl, 2005, s. 154) zúčastnily tři matky-pěstounky ve věku od čtyřiceti do padesáti let, které byly ochotné poskytnout rozhovor, jenž se týkal jejich života coby pěstunek dětí s postižením. Vytvořit reprezentativní vzorek šetření nebylo v rámci této práce reálné, neboť jeho výběr byl podmíněn jednak ochotou organizací, které s pěstounskými rodinami pracují, ke spolupráci, a jednak dobrovolnou účastí matek na průzkumu a jejich dostupností v rámci Prahy nebo Středočeského kraje a dalších blízkých regionů. **Kritérii pro zařazení** respondentek do výzkumného šetření byla tedy ochota matky participovat na průzkumu, přijetí nejméně jednoho dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče a možnost uskutečnění rozhovoru na území Čech.

Respondentky měly v době realizace šetření **celkově dvacet jedna dětí**, z toho sedm vlastních a **čtrnáct přijatých (třináct v pěstounské péči, jedno v opatrovnictví)** ve věku od **osmi do pětatřiceti let**. V rodinách žilo včetně jednoho vlastního celkem dvanáct přijatých dětí, z toho **šest dětí se zdravotním postižením**, u nichž se vyskytovaly poruchy **tělesného a mentálního rázu, poruchy komunikace: zrakové, sluchové postižení** a v jednom případě také **specifická forma autismu a psychiatrické onemocnění**. Dvě matky byly vdané, jedna svobodná. Všechny měly vysokoškolské vzdělání a pracovaly (nebo stále pracují) v pomáhajících profesích. Jedna matka byla zaměstnána na částečný úvazek, druhá na plný úvazek, třetí byla na rodičovské dovolené. Základní charakteristiky rodin, které byly během rozhovoru matkami-pěstounkami sděleny, jsou uvedeny ve zkratce na následujících odstavcích.

Respondentka A

Respondentka A žije ve společné domácnosti spolu se svým manželem, jedním vlastním a pěti přijatými dětmi. Pěstounkou je již přes dvacet let. Celkově má respondentka A dvanáct dětí ve věku od osmi do pětatřiceti let, z toho šest dětí v pěstounské péči. Jeden chlapec již dovršil věku, kdy byla pěstounská péče ukončena. V době realizace výzkumného šetření se pěstouni starali o dvě handicapované děti – dívky s **těžkou sluchovou vadou** ve věku 15 a 16 let. Společně vychovali také jednoho **nevidomého chlapce** (35 let), který však se svou pěstounskou rodinou ve společné domácnosti v roce 2011 již nežil.

Respondentka B

Respondentka B je samoživitelkou a v době, kdy byl realizován průzkum, se ve své domácnosti starala celkem o čtyři děti ve věku od osmi do šestadvaceti let. Všechny tyto děti byly přijaté. Tři měla respondentka v pěstounské péči, jedno v opatrovnictví. V rodině v roce 2011 žily dvě děti se zdravotním postižením. Byly jimi dvě dívky – jedna s **Aspergerovým syndromem** (8 let) a druhá s **lehkou mentální retardací** (26 let). Pěstounkou se respondentka B stala před devíti lety.

Respondentka C

Poslední respondentka spolu se svým manželem vychovala dvě vlastní děti a tři přijala do pěstounské péče. První z nich před jedenácti lety. Věk všech dětí se v době realizace šetření pohyboval v rozmezí od deseti do jednatřiceti let. V roce 2011 v domácnosti pěstounské rodiny žily s pěstouny pouze tři přijaté děti: dívka s **Downovým syndromem** (15 let), dívka s **dětskou mozkovou obrnou** (10 let) a dívka s psychiatrickým onemocněním, respektive s diagnózou **schizofrenie** (13 let).

4.6 Analýza rozhovorů

Analýze byly podrobeny tři přepisy zvukových nahrávek z rozhovorů s matkami-pěstounkami. Přepisy o celkovém rozsahu 81 stránek textu byly podrobeny redukci 1. řádu, při níž byly z textu vynechány výrazy, které byly pro význam dané věty a sdělení určité informace zbytečné a narušovaly plynulost vět. Jména byla kvůli zachování anonymity vynechána a zaměněna za výrazy, které vypovídají o vztazích v rodině (např. dcera, sestra, manžel). Jednotlivé texty byly poté analyzovány nejprve na základě otevřeného kódování, posléze pomocí techniky „vyložení karet“.

Strauss a Corbinová (1999, s. 43) považují **otevřené kódování** za část analýzy, která spočívá v označování a kategorizaci pojmů. Podle Švaříčka a Šedové (2007, s. 211 – 212) je otevřené kódování technikou, kdy je získaný text podle významu rozdělen na jednotlivé datové segmenty neboli jednotky různé velikosti (slova, věty, odstavce), jimž jsou přiděleny kódy, které označují, o čem daný pojem vypovídá nebo co reprezentuje ve vztahu ke zvolené výzkumné otázce. Výstupem této techniky jsou kategorie, které vznikají na základě seskupení kódů podle určitého jednotícího kritéria (Švaříček; Šedová, 2007, s. 91).

Proces seskupování kódů příslušejících stejnému jevu Strauss s Corbinovou (1999, s. 45) nazývají kategorizací. Kategorizace jednotlivých kódů dává vzniknout určitému hierarchickému systému, kdy jsou kódy podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti zaznamenávány, podřazeny různým kategoriím, aby bylo možné s nimi v další části analýzy textu pracovat (Švaříček, Šedová, 2007, s. 221).

Proto, aby mohla být zjištěná data dále zpracována a dala tak vzniknout výslednému analytickému příběhu, byla po realizaci použita otevřeného kódování **technika „vyložení karet“**, která je podle Švaříčka a Šedové (2007, s. 226) jednou z možných strategií používaných při analýze kvalitativních dat. Pomocí této techniky byl sestaven text, který na základě deskripce a interpretace jednotlivých kódů, vzniklých prostřednictvím otevřeného kódování, podrobně popisoval obsah jednotlivých kategorií. Tyto kategorie, vzniklé otevřeným kódováním záznamu rozhovorů provedených pro tuto část práce, jsou představeny pomocí výše uvedené techniky dále v textu.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

„Láska ukazuje člověku cíl jeho života. Rozum ukazuje prostředky, jak jej uskutečnit.“

(Tomáš Garrique Masaryk)²⁹

Rozhovory provedené s matkami-pěstounkami byly poměrně rozsáhlé a vzhledem ke stanovené hlavní výzkumné otázce taktéž tématicky široké. Samy pěstounky se během rozhovoru dotýkaly i jiných témat, která přímo nesouvisela s kladenými otázkami, nicméně však tvořila zajímavý materiál k dokreslení osobního pohledu tazatelky na problematiku náhradní rodinné péče a péče o osoby se zdravotním postižením.

Ze samotného kódování jednotlivých rozhovorů vzešlo velké množství různorodých pojmů (kódů) a (sub) kategorií, které byly dále pro větší přehlednost zasazeny pod kategorie širšího významu. Tyto kategorie, jež se vztahují ke stanoveným dílčím výzkumným otázkám, tvoří čtyři základní okruhy témat analýzy rozhovorů.

Jelikož byl analyzovaný materiál velmi obšírný, nebyly některé, byť zajímavé (sub) kategorie (např. okolnosti seznamování s dítětem, úvahy o budoucnosti dětí, pracovní zkušenosti, charakteristika dítěte), vzhledem k dílčím cílům šetření do dalšího zpracování zahrnuty (případně byly dílčím způsobem zmíněny v jiných kapitolách). Výsledky analýzy rozhovorů jsou uvedeny v následující části práce³⁰.

5.1 Rozhodnutí o přijetí dítěte s postižením do pěstounské péče

V této podkapitole jsou představena jednotlivá témata, která se vztahují k problematice procesu přijetí dítěte s postižením do pěstounské péče. Zabývají se motivací a dalšími faktory, které ovlivnily rozhodnutí pěstounek (a potažmo tedy i jejich rodin) k přijetí handicapovaného dítěte do pěstounské rodiny.

²⁹ Převzato z: <http://citaty.net/>.

³⁰ Značkou [...] jsou v textu vyznačena místa, která byla z přímé řeči respondentek vynechána.

5.1.1 Motivace matek k přijetí zdravotně postiženého dítěte

Téma motivace k přijetí dítěte s postižením do pěstounské péče bylo hlavním bodem, od něhož se odvíjela další vyprávění matek o jejich zkušenostech s pěstounskou péčí. Matky nejprve hovořily o tom, co bylo na počátku jejich rozhodnutí stát se pěstounkou.

Respondentka A a respondentka C shodně tvrdily, že toto nastavení – **ochotu starat se o děti** – u sebe vnímaly již **od dětství**: „*Já už to tak mám v sobě nastavený být maminkou. Já už jsem nad tím přemýšlela už od dětství, že bych se chtěla starat o hodně dětí a nějaký si vzít*“. Slova respondentky A potvrzuje i respondentka C, když udává: „*...já od malinka, kdy mi bylo deset [...] jsem furt někomu hlídala děti, furt jsem vyhledávala, kdo má malý dítě...*“.

Pro respondentku B nebylo rozhodnutí o pěstounské péči rozhodnutím úplně svobodným, nicméně úvahy o přijetí dítěte měla již dříve: „*Já jsem k té pěstounské péči byla trochu donucená okolnostmi, ale ne že by mě to nikdy nenapadlo, že bych mohla se někdy tímhle směrem vydat...*“. To, že pak přijala dítě s postižením bylo dáno tím, že chtěla mít někoho, komu by mohla **dávat svou lásku**: „*Chtěla jsem další dítě a chtěla jsem se mu věnovat [...], ale taky fakt jsem jako cítila, že ona určitě někoho potřebuje*“. Pěstounka C hovořila o této motivaci i v souvislosti s tím, že chtěla po čtyřicátém roce věku něčím naplnit svůj život a cítila potřebu žít v přítomnosti těch, kterým může **předávat něco ze sebe**: „*Přišlo mi to jako poměrně dobrý využití času a takový jako pomoci. Já si nedovedu představit, co bych dělala, pro mě je to náplň, já to nějak k životu potřebuju [...] mě by vám to nějakým stylem asi chybělo. To si přijdete, že byste byla vlastně ztracená, když je nebudete mít, potřebujete mít někoho, komu můžete něco dát*“.

5.1.2 Řešení určité situace

Rozhodnutí matek přijmout do rodiny první handicapované dítě bylo ovlivněno řadou různých faktorů, které vstoupily do jejich života na základě **potřeby řešit určitou situaci**. Tento fakt v mnohém ovlivnil i pozdější úvahy nad správnosti rozhodnutí o realizaci pěstounské péče v souvislosti s problémy, které péče o handicapované či deprivované děti přináší. Respondentka A tento krok promýšlela spolu s manželem: „*Prostě jsme reagovali na nějakou situaci [...] nebo spíše výzvu: hledají se rodiče pro [...], kdy bylo potřeba se ujmout dítěte už*

poměrně velkého a postiženého [...], ale to nedala ani žádná organizace, ale to prostě dal někdo, kdo znal situaci toho dítěte.“ Respondentka B o dítě s postižením zažádala po určité době, kdy se jí do pěstounské péče a opatrovnictví shodou okolností dostaly dvě dívky z nefunkční rodiny, a to „...*hlavně z toho důvodu, že u té nejstarší holčiny byla v té době diagnostikovaná mentální retardace a já jsem chtěla dítě taky mentálně retardovaný, aby se vlastně v té rodině necítila jako nějaká defektní [...] a věděla jsem, že bych si ještě chtěla užít dítě předškolního věku*“, a kdy vnímala, že by příchod sourozence rodině prospěl a ona sama toužila zažít, jaké to je být matkou malého dítěte. U respondentky C bylo přijetí dítěte otázkou **bezprostředního rozhodnutí** za situace, kdy se rozhodla postavit domov pro děti s postižením a sháněla proto vhodné děti z dětských domovů. Vzít si vybrané dítě jí bylo dovoleno pouze do pěstounské péče: „... *a protože jsem byla taková docela vybuzená, tak jsem řekla, tak já si jí vezmu, a pak už vlastně nebyla cesta zpátky*“.

Jak již bylo uvedeno, respondentky A a C přijaly do pěstounské péče více než jedno dítě s postižením. U jejich dalších dvou dětí, které rodina **znala již dříve**, bylo jejich rozhodnutí podpořeno **ochotou nenechat je v ústavním zařízení jejich osudu**, jak o tom hovoří respondentka C. Ta dívku s diagnózou schizofrenie přijala v době, kdy přecházela na jiné pracoviště, a cítila, že by dívka byla nešťastná, kdyby zůstala v zařízení sama mezi dospělými: „*a proto jsem si jí vzala domů, protože ta by byla kromě toho věčně na psychiatrii*“. Ve stejném duchu přijetí dvou dalších dětí popisuje respondentka A: „*Druhé dítě jsme věděli, že neslyší, protože jsme ho znali z té školky pro neslyšící, to jsme si takový dítě už objednali konkrétní [...], a když jsme potom viděli tu třetí, ona s ní chodila do stejné školky, ten nepoměr toho, jak jedna je tam oblíbená hvězda školky, malá, sladká, roztomilá a druhá v koutě jak zvířátko, tak mi to přišlo strašně nespravedlivý, že by to dítě nemělo dostat šanci. Těžko si člověk jedno vezme a o rok mladší někde nechá...*“.

Na závěr ještě jedno zajímavé zjištění. Někdy nelze hovořit přímo o rozhodnutí přijmout další zdravotně postižené dítě, jakož spíše o ochotě nechat si v péči dítě, které již jednou rodina přijala za své. Tato situace nastala u respondentky A, kdy se teprve po určité době ukázala **mylná původní diagnóza** a vada se u dítěte objevila až později: „... *druhou holčičku jsme si brali jako zdravou, a tam se ukázalo, že má tedy těžkou sluchovou vadu*“. Stává se, že ne vždy pěstouni vychovávají dítě s diagnózou, která byla známa při jeho přijetí do péče, nebo že se u dítěte objeví další nebo jiná diagnóza, než mělo v době, kdy bylo přibráno do náhradní rodiny. To potvrzují i slova respondentky C, jež přijala dítě s diagnózou dětské mozkové obrny v kombinaci se středně těžkou mentální retardací, která se později ukázala jako mylná:

„...přišla z dětského domova, kde byla diagnostikovaná jako středně těžce mentálně postižená, a to už nějak lidsky odhadnete [...] já jsem říkala, ta holka prostě postižená není [...] takže v podstatě postižení má jediné fyzický, kdy ona má DMO“. Stejnou situací související s příchodem dítěte do rodiny si prošla i respondentka B, jež přijala dívku s ADHD, u níž se později ukázalo, jak pěstounka správně odhadla, že trpí Aspergerovým syndromem: „U těchto dětí je to někdy s těma diagnózama jinak na papíře než ve skutečnosti [...] opravdu, bylo to dítě který do té doby nemělo šanci navázat žádnéj vztah a bylo kromě toho, jak jsme později zjistili, opravdu teda autistický [...] přitom to nikde v papírech neměla napsaný...“. Mylná počáteční diagnóza nebo zjištění vady až v průběhu pěstounské péče je, jak o tom hovoří Jana Frantíková (viz. Příloha E), častým důvodem proč je v pěstounské péči kromě dětí, které byly již jako handicapované přijaty, také hodně dalších dětí s postižením.

5.1.3 Vliv příbuzných a členů rodiny

Ačkoli jsou iniciátorkami pěstounské péče nejčastěji matky, na rozhodnutí o přijetí dítěte do péče participuje dle výpovědí matek-pěstounek celá rodina (manžel, vlastní či přijaté děti). Jelikož rodina není uzavřeným sociálním systémem, fungujícím bez kontaktu se svým okolím, může se na rozhodnutí o přijetí dítěte podílet také síla vlivu osob z nejbližšího okruhu rodiny. Jakým způsobem se toto projevilo v procesu přijetí zdravotně postiženého dítěte u jednotlivých rodin, popisují matky-pěstounky v souvislosti s reakcemi dětí, manželů a vlastních příbuzných.

Fakt, že **hlavní slovo** v realizaci pěstounské péče mají většinou **matky**, dokládají slova respondentky A: „...spíš jsem to tam vnesla já [...] manžel se nechal troškou vtáhnout do děje“. Respondentka C doplňuje: „Doma jsme se nikdy o tom nebavili, že bysme nějakou pěstounskou péči začali nebo nezačali [...] v podstatě on je manžel hrozně tvárnej, ten si myslím, že s tím problém neměl“. V obou případech byl tedy manžel tím, kdo podpořil rozhodnutí manželky, u matky-samoživitelky lze hovořit pouze o spolurozhodnutí dvou dříve přijatých dcer.

Matky-pěstounky se shodovaly, že konzultaci s příbuznými předcházela **konzultace s dětmi**, jak potvrzují slova respondentky B: „Bylo to společný rozhodnutí moje a dvou starších holek...“ a respondentky C: „...když jsme měly pak ty další děti, tam samozřejmě s dětma, to vždycky“. Popisovaly, jakým způsobem děti reagovaly a zdůrazňovaly nutnost tohoto kroku a řádné přípravy vlastního dítěte, aby bylo poté možné navázat dobré vazby mezi vlastními a přijatými dětmi. O tom, že se setkávaly s různými reakcemi, svědčí slova respondentky B:

„...že dítě s něčím souhlasí a to, že něco chce, neznamená, že ve skutečnosti je opravdu na to přijetí sourozence připravený“. Děti respondentky A reagovaly obdobně: „souhlasily, ale s různou mírou nadšenosti“. V reakcích některých dětí byly znát **obavy z neznalosti projevů dětí s postižením**, které se však později po seznámení s dítětem rozplynuly, jak potvrzuje respondentka C: „Největší problém měla naše dcera [...] nedovedla si představit, jak se ten Down projevuje, ale když jsem tu holku přivezla [...] najednou, já jí budu hlídat, jak jí viděla, to dítě jí okouzlo“. Stejnou reakci zažila též respondentka i u své sestry, jež zprvu rozhodnutí o přijetí handicapovaného dítěte neschvalovala, ale po setkání s dítětem svůj názor změnila a dnes je dle slov pěstounky: „úplně pohodová a milionová“.

Jde-li o rodinné příbuzné a známé, ti většinou rozhodnutí pěstounů **nechali na nich samotných a respektovali je**. Respondentka A v této souvislosti zmiňuje: „Myslím, že to tak jako vzali, že je to náš příběh“. Tento názor zastává i respondentka B: „Blízký kamarádky si myslím, že to braly tak, že to je moje součást, a respektovaly, že to je moje věc a moje rozhodnutí [...] těm bylo jasné, že se s tím musí vyrovnat ať chtějí nebo nechtějí, já jsem ani nic jiného nepřipustila“. Pěstounky proto **necítily potřebu tento krok s rodinou konzultovat a rozebírat**, což dokládají slova téže matky: „Se širší rodinou jsme to nějak ani neprobírali [...] těm jsme to spíš oznámili“. Stejně tak hovoří i respondentka B, když uvádí: „Víceméně jsem to spíš jen oznámila, než že bych to s někým vyloženě konzultovala“ a dodává, že : „nebyl vlastně jako kdo by mi do toho mohl tak nějak mluvit...“.

Z výpovědí matek lze vyvodit, že rozhodnutí rodin lépe přijali příbuzní, kteří mají k pěstounské rodině blízký vztah, kteří **inklinují k týmž rodinným hodnotám**, a u nichž je tedy možné nalézt více pochopení. To dokládá respondentka A, když uvádí: „Brácha má taky přijatý děti [...] od manžela ségra taky má přijatý děti, takže jsme víc na jedné lodi“. Podobně se vyjadřovala o své sestře, pěstounce a adoptivní matce, taktéž respondentka C.

Způsob, jakým se příbuzní, známí a další okolí staví k rodině a k přijatým dětem, se pak odráží i na lepším sociálním začlenění dětí, a v souvislosti s pokroky dětí, o nichž se matky zmiňovaly, dává vyniknout významu pěstounské péče. To potvrzuje respondentka C, když uvádí: „...důležitá je ta víra v možnosti těch dětí, že každý v sobě něco má...“. Realizace pěstounské péče může zároveň napomoci i zlepšení obrazu a přístupu k lidem s postižením v očích těch, kteří se o problematiku postižení dříve nezajímali.

Dílčí shrnutí:

Jelikož oslovené respondentky do pěstounské péče přijaly dohromady celkem sedm dětí se zdravotním postižením, je na základě jejich výpovědí možné usuzovat na různé důvody k přijetí dítěte. Rozbor rozhovorů poukázal na tři důležité oblasti ovlivňující rozhodnutí o přijetí zdravotně postiženého dítěte do péče. První z nich je **motivace**, kde dominuje osobnostní nastavení matky související s **ochotou starat se o děti**, jejich výchovou participovat na možnosti změnit jejich osud a **napomoci jim** k plnohodnotnějšímu životu s více možnostmi.

Jako druhá byla identifikována oblast týkající se **potřeby řešit aktuální konkrétní situaci dítěte nebo situaci v rodině**. Stejně tak pěstounky v jejich rozhodnutí podpořila i ochota **nenechat v ústavním zařízení dítě, s nímž se již dříve seznámily**, které si **vybraly**, a o něž později zažádaly. Šanci u těchto rodin tak dostaly i děti, které do rodiny putovaly přímo ze školského zařízení. V některých případech se však ukázalo, že děti přišly do rodiny jako zdravé, a teprve později u nich bylo diagnostikováno postižení. Nelze zde tedy hovořit přímo o rozhodnutí k přijetí dítěte s postižením, nicméně bylo zapotřebí tento fakt zmínit vzhledem k návaznosti na další kategorie analýzy rozhovorů.

Na rozhodnutí o přijetí dítěte se podíleli kromě matek také další členové rodiny: otcové a vlastní děti pěstounských rodičů. **Otcové** rozhodnutí spíše **odsouhlasili**, než že by jej sami iniciovali, s dětmi bylo zapotřebí tento krok konzultovat kvůli jejich obavám, které pramenily z neznalosti projevů dětí s postižením. Ostatní **příbuzní rozhodnutí rodiny respektovali**, pakliže o něm byli dopředu obeznámeni. Podporu matky cítily zejména ze strany příbuzných, kteří taktéž vychovali nebo vychovávají dítě v náhradní rodinné péči.

5.2 Péče o dítě se zdravotním postižením

Jelikož je přijetí cizího dítěte zásadním zásahem do dosavadního fungování rodiny, přináší s sebou mnoho nových a leckdy těžkých situací, s nimiž je zapotřebí se v průběhu času vypořádat. Následující řádky vypovídají o tom, s jakými **potížemi** se respondentky během své zkušenosti v roli matky-pěstounky setkaly, a kde hledaly pomoc a podporu ve zvládání náročných situací souvisejících s péčí o dítě se zdravotním postižením.

5.2.1 Problémy v souvislosti s pěstounskou péčí

V následujícím textu jsou zmíněny problémy, se kterými se potýkaly nebo potýkají pěstounky a jejich rodiny v souvislosti s přijetím, výchovou a péčí o zdravotně postižené děti. Jako zatěžující pěstounky jmenovaly především důsledky osobní historie dítěte, kontakt s různými institucemi, odborníky a biologickou rodinou přijatého dítěte a potíže vyplývající z péče o dítě.

5.2.1.1 Důsledky osobní historie dítěte

Ve svém vyprávění se pěstounky nejčastěji zmiňovaly, že jako problémové vnímají **důsledky osobní historie dítěte** a jejich **projevy**, a to ve spojitosti s vlivem na fungování celé pěstounské rodiny a samotnou péčí o děti. Výstižně to charakterizuje respondentka A: „...*obecně tou rodinou zamíchaly příchody těch složitých dětí, a ta složitost nebyla v tom, že oni jsou nějak postižení, ale v tom, co mají za sebou, že vlastně život v ústavu a v nefunkční biologický rodině nadřazuje ten problém nad postižení dítěte*“. Respondentka B taktéž pociťovala, že náročnost výchovy dítěte ji ztěžovaly právě jeho **zkušenosti z biologické rodiny a odsouvaly problém postižení** dítěte až na druhé místo: „*Větší problém než její postižení byla její šílená sociální fobie, ona se strašně bála lidí, protože jí hrozně ubližovali v biologický rodině [...] problémy panovaly spíš z toho, co prožila předtím než z jejího postižení. I když to postižení to samozřejmě jako znásobilo*“. Dcera byla dle matky dítětem hluboce deprivovaným, které do té doby nemělo šanci navázat žádný vztah, a potřebovala proto výlučnou pozornost a jistotu. Jak respondentka dodává: „*Bylo to strašně náročný*“, právě z toho důvodu, že dítě: „...*nebylo v tom děcáku oblíbený, oni vlastně nerozuměli tomu, proč je tak specifická a měli pocit, že je vzteklá...*“.

S důsledky **negativního vlivu pobytu dítěte v ústavním zařízení** se musela delší dobu potýkat respondentka B a popisovala často opakující se situaci, jež byla pro celou rodinu a její chod velmi zatěžující. Tato situace pramenila ze špatných vzpomínek dítěte, které však dítě dlouho dobu nebylo schopno verbalizovat: „...*dcera ve stresu blinkala a my jsme dlouho nevěděli, z čeho je ten stres, a pak jsme zjistili, že jí strašili v děcáku, že když bude zlobit, tak půjde pryč, takže když jsme měli jet někam autem, dcera měla hysterák, protože měla pocit, že zlobila a teď pojede pryč*“. Problematické bylo pro tutéž respondentku také **porozumění reakcím dítěte**. To pěstounka dokládá následujícími slovy: „*Ze začátku jsme si určitě ve spoustě věcí nerozuměly, protože ona nekomunikovala verbálně a já jsem těm neverbálním*

příznakům nerozuměla“. Stejně tak i pro respondentku C bylo obtížné pochopit reakce přijatého dítěte, zejména v době puberty: „...měla takový období sebepoškozování [...] to jsme jako ani nevěděli, co to vyvolává...“. Respondentka A vnímala obtíže s porozuměním potřebám přijatého dítěte zejména u svých vlastních dětí: „Horší bylo nějak porozumět nějakým jeho potřebám, kdy ten člověk myslí nějak jako jinak než běžný člověk, tak pro ty děti to bylo těžší se v tom orientovat...“.

5.2.1.2 Kontakt s institucemi a biologickou rodinou

Zdrojem nepříjemností byl pro některé matky-pěstounky **kontakt s biologickou rodinou**. S některými rodinami přijatých dětí neudržují pěstouni buďto žádný kontakt, nebo s nimi komunikují jen na formální úrovni, jak uvádí na příkladu nejstarší přijaté dcery respondentka C: „...v podstatě ten vztah, alespoň korespondenční jednou ročně tam je“. Kontakt s některými jinými rodinami však pěstounky hodnotily jako problematický. Tyto problémy podle nich vyplývaly zejména z původu dítěte, jak to popisuje respondentka A: „...oni jsou olašských Romů, takže i ta rodina se vůči nám chovala velmi agresivně...“, nebo z důvodu nespolupráce rodiny na zájmech dítěte. S tím se setkala například respondentka C: „...s ní jsou velké problémy s mámou, tam budeme žádat o zbavení rodičovské způsobilosti, protože byl problém pro ní podepsat papír, když byly potřeba pasy...“.

Mezi dalšími problémy matky uváděly **kontakt s institucemi**. Potíže spatřovaly nejčastěji v nedostatečném poskytování informací a přístupu úřadů (orgánů sociálně-právní ochrany dětí) při procesu zprostředkování dítěte pro pěstounskou péči. Negativní zkušenosti vyjádřily některé pěstounky také s přístupem jednoho dětského domova a některých sociálních pracovníků a odborníků, k nimž měly s dětmi docházet. Jak je uvedeno v další části práce, pěstounky si s posledně jmenovaným problémem poradily svépomocí, kdy si samy vyhledaly odborníky, z jejichž přístupu cítily, že se na ně mohou bez problémů kdykoli obrátit.

Smíšené pocity si pěstounky s sebou nesly během procesu zprostředkování pěstounské péče vzhledem k **nedostatku či nepřesnostem informací o dítěti**. Podle respondentky B byly informace, které o dítěti obdržela, neúplné a zavádějící: „Já jsem dostala informaci o tom, že se jedná o dítě se středně těžkou mentální retardací a hyperkinetickým syndromem [...] a to byly vlastně skoro všechny informace, který jsem dostala...“. Jak totiž posléze pěstounka zjistila, do péče dostala dítě s Aspergerovým syndromem. Pro respondentku A bylo zpočátku těžké navázat

kontakt s dítětem a porozumět jeho projevům, jelikož si je s manželem brali jako zdravé, ale situace se nakonec vyvinula také jinak: „...ona byla strašně apatická, vůbec nereagovala, nezrcadlila, nesmála se, neplakala, nepovídala, a pak se ukázalo, že má těžkou sluchovou vadu a 5,5 dioptrie, astigmatismus, takže ve skutečnosti to bylo dítě, které víceméně nevidělo, neslyšelo...“. I respondentka C, psychologka a speciální pedagožka, byla velmi překvapena, když četla překladovou zprávu dětského domova o dítěti se závěrem středně těžké mentální retardace, který se však taktéž ukázal jako mylný, jelikož přijatá dívka má dnes diagnostikováno pouze postižení pohybového ústrojí.

Během samotného **procesu zprostředkování dítěte** narazily pěstounky na bariéry, které jim přechod dítěte do péče taktéž neusnadňovaly. Týkalo se to zejména **délky trvání celého procesu**, jak o tom hovoří respondentka A: „...my jsme dokonce museli překonat strašných potíží, než se k nám ty holky dostaly [...] dětský domov se jich nechtěl vzdát [...] prostě úplně nepřál těm kontaktům [...] a od té doby, co jsme si o ně požádali, než jsme je měli doma, to trvalo asi deset měsíců...“. **Dlouhé čekání na dítě** zažila také respondentka B, která byla ochotna tolerovat i dítě poloromského původu se středně těžkou mentální retardací. V době, kdy již nevěřila, že dítě do péče dostane, se sama chopila iniciativy a kontaktovala neziskovou organizaci. Ta postoupila její složku na Ministerstvo práce a sociálních věcí, kde jí z registru dětí, o něž nikdo nejeví zájem, nakonec dítě vybráno bylo. Jaké pocity přitom zažívala, respondentka popisuje takto: „...já jsem si myslela, že dostanu dítě téměř okamžitě, poté co si zažádám nebo projdu tím prověřením [...] takových dětí musí být po ústavech mraky [...] takže mě překvapilo, že uběhlo několik měsíců a vlastně nic se nedělo [...] a já jsem v té době byla už trochu skeptická, tak jako ani nedoufala...“. Bylo jí však nabídnuto dítě s ADHD, tedy s diagnózou, kterou na počátku vyloučila, a byla tak nucena řešit dilema, zda se na dítě jet nebo nejet podívat jen proto, že je hyperaktivní. O tom, že udělala správný krok, je však dnes plně přesvědčena: „...jsem hrozně ráda, že jsem se jela podívat“. S **pomalým přístupem úřadů**, které vedlo až k rozhořčení nad systémem zprostředkování dětí v České republice, se setkala také respondentka C: „...nařízení pěstounské péče bylo až skoro za rok, u nás jsou zákony a vůbec ta vůle dávat děti do pěstounské péče strašně pomalý. My jsme žádali někdy v dubnu, a teprve v prosinci proběhl soud [...] mě to přišlo, jako taková nevůle, ne pomoci těm dětem a co nejrychleji...“. Respondentka C dále uváděla zkušenosti jiných pěstounů, s jejichž reakcemi na délku čekání na dítě se po několika letech, kdy ona sama žádala děti do péče, setkává: „ta situace dnes není lepší, když takhle mluvíme s pěstounama, když se setkáváme, tak strašně dlouho trvá, než se to dítě do pěstounské rodiny dostane...“.

Nepříjemnosti zažily respondentky A a C také v souvislosti s **přístupem některých sociálních pracovníků a soudy odborníků**. Stěžovaly si na neochotu ke spolupráci, jak o tom hovoří například respondentka C: „...sociální pracovnice chtěly k nám přijet ráno na návštěvu. Já bych je přijala, ale po pracovní době, vždyť holky jdou do školy, vůbec tu nejsou, tak ať přijedou ve čtyři. To už nám nepojede řidič. Co mi je do toho? Když má pracovní dobu do pěti, jestli jí nepojede řidič?“. Respondentka A zase cítila rozhořčení z nařčení, kterého se jí dostalo od psychologů, k níž s přijatým dítětem docházela: „Ona mi řekla, že to je dítě těžce sociálně zanedbaný, že na ní musím mluvit, že nemůže žít ve světě ticha, což mě teda fakt okouzilo, protože dcera byla naše sedmý dítě, a jako mohla mě obvinít prostě z čehokoliv ale z toho, že žije ve světě ticha, to fakt ne, to teda u nás opravdu nebyl...“.

5.2.1.3 Péče o dítě

O tom, jak náročná je péče o dítě s postižením v náhradní rodinné, respektive pěstounské péči, se respondentky rozhovořily v souvislosti s pocity vyčerpanosti v důsledku nedostatku času na sebe samu i na přijaté děti, a také s komplikacemi vážícími se na přijetí několika výchovně náročnějších dětí, ať již zdravých, nebo handicapovaných.

Respondentka A hovořila o svých **pocitech a nedostatku času na odpočinek** v souvislosti s náročnou péčí o několik přijatých dětí najednou (pozn.: respondentka A je pěstounskou šesti dětí): „...měla jsem takový pocity, že jsem skutečně unavená, že už to jako nejde, že jsem nešťastná, vyčerpaná [...] prostě, že mě ti učitelé trochu terorizují, že chtějí po mně věci, který nejsem schopná zařídit, aby ty děti měly třeba vždycky všechno v pořádku, aby nic nezapomínaly...“. Respondentka B vnímala, jak mnoho času tyto děti potřebují k tomu, aby dobře prospívaly, a zároveň cítila, že se ho nedostává ani jí samé. Jak však dále uváděla, je přesto ráda, že dítě do péče přijala: „...já jsem vlastně tři roky od ní nebyla vůbec nikde [...] a tak jsme trávily veškerý čas spolu, musela jsem s ní chodit všude, na hřiště, na sboreček, máme domácí školu. Je to dítě, které potřebovalo velmi specifický podmínky, ale jako je to dítě opravdu úžasný...“. Stejně tak i u respondentky C však **pocit radosti z přijetí dětí vítězí nad vyčerpáním a starostmi**, které jí pracovní stres, výchova a péče o děti přináší: „...jsou chvíle, dvakrát, třikrát do roka, že toho máte dost a řeknete si, to už je fakt na psychiatra, že je to nad vaše síly [...] ty psychicky nemocný jsou hodně náročný tým, že vás vyvedou z míry natolik, že pak musím odejít, zakážu jim, aby za mnou chodili [...] ale pak mě to přejde, protože když si zase představím, že bych je neměla, tak by to bylo daleko horší...“.

Za problém respondentka C považuje taktéž **kombinaci přijatých dětí**, jelikož má v péči dvě dívky s postižením, které zároveň sdružuje i poruchu intelektu a jednu – nejmladší pouze s postižením pohybového ústrojí. Vnímá, že té je mezi staršími těsně a ve svém věku bohužel ještě nechápe, proč se starším více toleruje, kvůli čemuž u ní převládá pocit nespravedlnosti. Pěstounka proto někdy pochybuje, zda přijetí poslední dcery bylo pro její vývoj krok tím správným směrem: „*pak se tím zabýváte a musíte to tím spíš vynahrazovat [...] je pak opravdu velké kus práce na tom, že jí to musíte vysvětlovat a bude ještě trvat než to pochopí [...] to je nevýhoda mít dvě postižené a jednu zdravou [...] kvůli tomu je člověk hodně skeptický a třeba v tom, jak je dát dohromady, už si nevím rady, to prostě snad ani nejde*“.

O tom, že je potřeba hodně času, aby dítě bylo schopno se s rodinou sžít, není třeba pochybovat. Tento proces je oboustranně náročný, jak pro rodinu, tak i pro nově příchozí děti – s handicapem, ale i bez něj, a váže se opět na čas. Z **technického hlediska**, jak uvádí respondentka A, se rodina činností k obstarání dítěte s postižením brzy naučí: „*...u toho nevidomýho chlapce, ten už byl velký, když k nám přišel, bylo potřeba ho vodit, chystat mu věci a takovýhle, ale to se rodina celkem rychle naučila*...“, nicméně **vliv osobní historie** dítěte hraje v jeho adaptaci a adaptaci rodiny na dítě největší roli. Respondentka C říká: „*...to dítě chce hrozně moc pozornosti, váže se k tomu spoustu patologických mechanismů, říká si o pozornost nežádoucím způsobem a člověk tomu velmi často nerozumí [...] ale možná někdy u toho postiženého to může být jednodušší, protože člověk tam má jasně daný handicap, a tím je to dítě prostě limitovaný*...“. Právě proto je někdy **péče o děti bez postižení těžší**. V důsledku stop, které na nich zanechala jiná traumata dětství, vyžadují daleko větší pozornost, které se jim předtím nedostávalo, a mohou se projevovat afektivně i agresivně. Respondentka B, která je zároveň samoživitelkou, měla zpočátku situaci ztíženou tím, že musela pracovat a vracela se ze zaměstnání někdy pozdě. Návraty z práce domů pro ni byly často velmi těžké: „*Začal šílený boj holek o pozornost a toho času bylo zoufale málo, příprava školy, problémy se vším možným: lhaní, zapomínání, ztrácení věcí, nezapisování domácích úkolů. Bylo to zoufalý a já jsem cítila, že toho času na ty děti by bylo potřeba mnohem, mnohem víc...někdy je to i život neustále ve stresu, dokud se to dítě nějakým způsobem neusadí*“.

Problém s nedostatkem času v důsledku nutnosti starat se o potřeby všech dětí řešily všechny pěstounky, každá v rámci svých možností a dle vlastních priorit. Pro respondentku B byl řešením odchod z práce. Respondentka A se částečně vzdala své kariéry a péče o děti se pro ni a jejího manžela, jak sama říká, stala hlavní životní náplní: „*...děti jsou nadřazený*“. Jelikož oba částečně pracují, musí se v domácnosti střídat: „*...když jsem tady (pozn.: v práci), tak on je*

doma. Nikdy nemáme děti nehlídaný“. Taktéž respondentka C využívá v péči o přijaté dcery s postižením pomoci manžela a vlastních dětí: *„...bud’ je manžel s holkama doma nebo já, protože ony samy nemůžou být doma...“.*

5.2.2 Zdroje pomoci v péči o dítě s postižením

Pěstounská péče je náročnou cestou provázenou často různými potížemi a problémy. K tomu, aby pěstounky péči o přijaté (handicapované) dítě zvládaly, využívají pomoci z různých oblastí. O tom, které to jsou, pojednávají následující kapitoly práce.

5.2.2.1 Institucionální pomoc

V první řadě matky využívají pomoci ze strany různých institucí a organizací. Za důležitou považují možnost obrátit se na **kompetentní odborníky, u nichž vidí zájem a ochotu si vyslechnout jejich potíže a participovat na jejich řešení.** Často jsou jimi odborníci (psychologové či jiní poradenští pracovníci), které si matky na základě své zkušenosti vyhledaly samy, nebo kteří jim byli doporučeni, protože: *„najít třeba člověka, který by opravdu rozuměl náhradkovému dítěti, zneužívanému, to je velmi, velmi obtížný a náročný...“.* Matky tímto krokem reagovaly na neuspokojivý pocit ze spolupráce s jinými odborníky z počátku realizace pěstounské péče: *„...já jsem měla spíš špatnou zkušenost, protože jsem to byla já, kdo tvrdil, že dcera neslyší, zatímco ti odborníci tvrdili, že ona je jenom jako nevychovaná a mentálně postižená“.* Respondentka A potřebu vyhledat si pomoc sama popisovala v souvislosti s potřebou najít kvalitní pracovníky, u nichž cítila jistotu, že své práci rozumí a jsou schopni matku pochopit a poradit jí: *„...já jsem si našla nějaký lidi, kterým já jsem důvěřovala, i když to nebyli odborníci úplně spádový [...] tenkrát jsem pro dcerku sehnala kamarádku svojí, jako osobní, která mi jí vyšetřila, a která mě potom doporučila zase ke svému kamarádovi, to je takovej fajn doktor...“.* Významná pro tutéž respondentku byla i možnost přijít do kontaktu s **uznávanými pracovníky:** *„Měla jsem vyšetřený děti, jednu z těch postižených holčiček, paní docentkou Vágnerovou, to bylo pro mě moc prima...“.* O velkém štěstí na odborníky hovořila i respondentka B: *„...měla jsem kontakt na velmi dobrou paní psycholožku, s kterou jsem se osobně znala [...] paní doktorka mi strašně pomohla [...] a nebýt jí, tak jsme ty začátky ani nemusely asi zvládnout [...] ona mi de facto, dělala takovou supervizi...“.*

Důležitost otevřenosti, pochopení a porozumění zdůrazňovaly matky i v souvislosti se spoluprací a přístupem orgánů sociálně-právní ochrany dětí. Navzdory některým vlastním negativním zkušenostem označovaly možnost konzultací se **sociálními pracovníci z oddělení sociálně-právní ochrany dětí** jako vítaný zdroj pomoci. Upozorňovaly ale, že se v těchto případech jednalo spíše o výjimky a štěstí na pracovníce. Respondentka C vzpomínala na jednu z pracovníků, která jí byla dlouhou dobu oporou: „*To byl fakt jediný člověk, nebo jediný možná ne, u kterýho jste viděli, že ta vůle je. Ta opravdu měla vůli řešit věci [...] ať měl člověk jakýkoli problém [...] to si pak řeknete, že to je člověk na svém místě a máte k ní úctu a respekt...*“. Pozitivní zkušenost se sociálními pracovníci z úřadu v místě bydliště popisovala i respondentka B, která zároveň uváděla, jak důležité pro ni bylo, že měla možnost se u nich i „vypovídat“: „*...měla jsem veliký štěstí, že tam byly strašně fajn paní, kterým opravdu o ty děti šlo, a já jsem díky tomu potom neměla strach k nim chodit a říkat o problémech [...] neměla jsem pocit, že musím mlžít, že musím něco tajit...*“. Matky zároveň poukazovaly na potřebu zvýšení povědomosti pracovníků o tom, co může obnášet a jak obtížná může být výchova sociálně osiřelého dítěte s postižením, aby se pěstouni spolupráce se sociálními pracovníci nebáli, chtěli s nimi spolupracovat, a tím napomáhali svěřeným dětem: „*...mělo by to být tak nastavený [...] pro to dítě je to důležitý*“.

Zdrojem pomoci v péči přijaté děti jsou matkám také různé **neziskové organizace**, které poskytují pěstounům nejen psychologické služby, poradenství a doprovázení, ale také je podporují finančně, pořádají víkendové pobyty pro rodiny s dětmi, vzdělávací semináře pro matky-pěstounky, nabízejí služby vyškolených dobrovolníků atd. Tato forma sociální opory je velkým přínosem pro zvládání problémů a potíží ve výchově dětí, v komunikaci mezi členy rodiny, dává příležitost k vlastnímu rozvoji a sebepoznání a k získání nových kontaktů na organizace poskytující služby lidem s postižením či jiné odborníky. Význam však má i pro děti, které prostřednictvím účasti na pobytových akcích získávají nové zkušenosti během interakce s vrstevníky v jiném sociálním prostředí, učí se zlepšovat své sociální a komunikační dovednosti a zvyšují tak své šance na snazší začlenění do společnosti.

O **finanční podpoře neziskové organizace** se zmiňuje respondentka A, když uvádí: „*...já měla pro holky doprovázení do školy [...] na to mě podpořila nadace Rozum a Cit, ti mi zaplatili tu asistenční službu, to fakt bylo fajn...*“. Též matce zároveň pomáhají i **služby dobrovolníků**, kteří chodí děti doučovat, trávit s nimi volný čas a připravovat je na život mezi vrstevníky: „*...to, co mi teďko nejvíc pomáhá je to, že vlastně všechny ty holky mají dobrovolnice [...] jakoby profesionální kamarádky [...] mají v rámci Laty i doučování...*“.

Pěstounské rodiny mají v rámci činnosti neziskových organizací dále možnost navštěvovat kluby náhradních rodičů, jezdit na letní pobyty, které jim pomáhají ulevit od náročné péče a zároveň jim dávají příležitost k seznámení se s dalšími pěstouny v obdobné situaci, k **výměně zkušeností** atd. Toho si pochvaluje například respondentka B: „*Od okamžiku, kdy se mi podařilo zjistit, že existují nějaký neziskovky, který dělají něco pro pěstouny, tak mi to strašně otevřelo obzory a našla jsem přes ty organizace obrovskou spoustu jako kamarádů a známých a lidí, s kterými si můžu prostě vyměnit informace a lidí, kterým můžu otevřeně svěřit, že třeba mám takový a takový problémy, protože vím, že oni je mají nejspíš taky, nebo je někdy zažili*“.

5.2.2.2 Sociální opora poskytovaná rodinou a blízkými

Sociální opora poskytovaná členy rodiny, příbuznými či jinými blízkými byla matkami vnímána jako jeden z dalších důležitých zdrojů pomoci v péči o děti s postižením. Pěstounkám dle vlastních slov velmi pomáhá, pokud cítí, že se v jejich okolí vyskytují blízcí lidé, kteří problematice dětí v náhradní péči rozumí, nebo jsou sami pěstouny či adoptivními rodiči. Jak se zmiňuje respondentka B: „*Samozřejmě že u jiného pěstouna člověk najde větší pochopení než třeba u nejlepší kamarádky z vejšky [...] jen ten pěstoun bude opravdu vědět, o čem mluvím*“. Jako významnou podporu vnímají pěstounky A a C možnost **vzájemného sdílení s příbuznými-pěstouny** nebo s **kolegyněmi-pěstounkami z práce**, k nimž si mohou přijít pro radu: „*mám kolegyně, který se mnou pracovaly, vzaly si děti do pěstounské péče, s těma se stýkáme hodně*“ a doplňují: „*...spíš tak si nyní poradíme občas*“.

Kromě příbuzných či známých se matky-pěstounky obrazejí také na **členy vlastní rodiny**, které s nimi ve společné domácnosti již sice nežijí, ale v případě potřeby, jak uvádí respondentka A, vypomohou: „*...už mám řadu dětí velkých, takže z jejich zdrojů to hlídání je vítaný, ale není nějak jako extrémně často*“. Oporu ve vlastních dětech vnímá i respondentka C: „*Já mám ty děti hrozně hodný [...] syn byl vždycky schopnej. Všechny děti, který jsem si domů natahala [...] o ty se postaral, všechny ty děti obhospodařil*“. Do svých vlastních **dětí** pěstounky vkládají **velkou naději** i s výhledem **do budoucna** a doufají, že se v době, kdy budou pěstouni starší, o přijaté děti postarají a podpoří, aby žádné z dětí, které se přijatým potomkům narodí, již v ústavním zařízení neskončilo. Výstižně to pojmenovává respondentka C: „*...hodně teď vkládám tu naději do toho, že prostě ten kluk je zabezpečí, že je nenechá napospas...*“ a respondentka A dodává: „*O čem já jsem přesvědčená skoro stoprocentně, tak že i kdyby ty*

moje přijatý děti tu péči o ně nezvládli, tak vždycky už v rámci širší rodiny, protože mám pět dětí vlastních, by se někdo našel, kdo by se o ně postaral, už by je prostě v ústavu nikdo z nás nenechal“.

Na péči o děti také participují **manželé pěstounek** A a C. Pěstounky uváděly, že se zapojují do všech činností rodiny: „...*on s nima dělá víceméně všechno*“ a vypomáhají v době nepřítomnosti matky: „...*o holky se stará a teďko, když je třeba volno, jakože v tý zvlášťce mají každou chvíli z technických důvodů zavřeno, tak on je většinou s nima...*“. Respondentka A také hovořila o úloze manžela v procesu zprostředkování pěstounské péče: „...*všechno okolo toho zařizoval manžel, všem telefonoval, všechno domlouval, to už dělal on*“.

Na tom, že zdrojem radosti, pomoci a čerpání energie k další práci, mohou být paradoxně i **samotné děti s postižením**, se shodovaly všechny matky. Poukazovaly zejména na jejich **schopnost vcítit se do druhých** a adekvátně tomu reagovat i navzdory svým limitům a obtížím, které postihují jejich osobnost a schopnost jednat přiměřeným způsobem na různé situace. Respondentka C uváděla na svých dcerách tento příklad: „...*co je nejúžasnější, nejen na našich holkách, že jsou empaticky vyložené [...] když mě nebylo dobře, tak jsem si lehla a oni si všichni kolem mě polehali, leželi tak soucitně [...] nebo dcera přijde a dá vám ruku na čelo nebo vám masíruje krk, obslouží vás [...] mě třeba bolelo oko a ona opravdu přišla, oni jako všechny tři, ale ona nejvíc, obula mě, posadila mě, vodila mě, to prostě bylo úplně úžasný [...].* Tentýž pocit zažívala i respondentka A v situaci, kdy cítila, že ji pohlcuje náročnost péče o děti a domácnost a u členů rodiny se nesetkala s větším pochopením: „...*jediná moje postižená holčička přišla a říkala: jseš unavená a s čím potřebuješ pomoci? Ona jediná mě empaticky podpořila, zatím co ty druhý se začaly, včetně mého manžela bránit [...] pak je to strašně úžasný, ona intelektuálka nikdy nebude [...] ale je takováhle úžasně podpůrná a já si to užívám*“. Taktéž respondentka B má podobnou zkušenost a o svých přijatých dětech říká: „*Oni jsou velmi empaticky ty děti, překvapivě, vlastně dvě z mých dětí se v určitým období projevovaly i velmi agresivně, výraznými afektama a přitom právě ony jsou velmi empaticky a citlivý na to, co člověk cítí, a odrážejí i pocity druhého člověka a jako je prakticky nemožný je nějakým způsobem oblafnout a tvrdit jim, že necítíte to, co cítíte, protože oni to opravdu vycítí*“. Mimoto respondentka C uváděla příklad, jak jsou její děti **pozorné**: „*Víte, co je zvláštní? Nikdy nezapomenou, třeba že je den matek, vždycky něco přinesou, to vás potěší...*“.

Samozřejmostí je pro matky fakt, že se mohou kdykoli osobně nebo prostřednictvím telefonického kontaktu obrátit na blízké **kamarádky** a ulevit si tak od problémů. Za všechny

o tom hovoří respondentka B: „Čerpám v tom, že čtu, že mám spoustu kamarádek, že si ráda pokecám po telefonu, že když mě něco trápí, tak to v sobě nedržím, ale zavolám dvěma, třem lidem, na který to vysypu...“.

5.2.2.3 Péče o sebe sama

Matky se snaží dobíjet energii v kontaktu s blízkými, ale nezapomínají také na péči o sebe samu své blaho a pohodu. Zabývají se proto různými činnostmi, jimiž si mohou ulevit od napětí a vyčerpání, a které zároveň mohou přispět k tomu, aby výchova dětí pro ně byla snazší.

Pěstounky se ve svých výpovědích zmiňovaly, že se kromě péče o děti snaží věnovat se v rámci časových možností i své kariéře a svému **osobnímu a profesnímu rozvoji**. Jednak proto, že je samotné tyto činnosti uspokojují a přináší jim radost, a jednak i proto, že se tím mohou dozvídat nové informace, obohacovat se o nové znalosti a zkušenosti jiných, které jim mohou pomoci v každodenním životě při výchově přijatých dětí s nepříznivým zdravotním stavem a pohnutou osobní historií. Význam těchto aktivit matky spatřují i v možnosti předávat své zkušenosti dál a působit tak na osvětu veřejnosti v problematice náhradní rodinné péče. Respondentka A to vysvětlovala slovy: „ Já jsem vždycky třeba přednášela a tím, že mám nějaký zkušenosti, tak jsem samozřejmě byla oblíbený řečník [...] a tím dělám přesně to, co umím a to co mě baví, akorát tomu věnuju jenom málo času...“. Obdobně se vyjadřovala i respondentka B, pro kterou se **sebevzdělávání** stalo koníčkem, náplní života a pomocníkem v péči o přijaté děti: „...ráda se brouzdám na zahraničních webovkách, což je jednak koníček a jednak člověk objeví spoustu nových informací, sleduju pár adopčních blogů, kde mají děti s velmi podobnými handicapama jako mají děti, který jdou u nás do pěstounky [...] je fakt, že teď docela žiju odborně oblastí pěstounky a i tím handicapem. Já jsem vlastně dělala speciální pedagogiku, zajímá mě to a díky dceři jsem si načetla hodně o poruchách autistického spektra a dá se říct, že i to mě tak jako dobývá, že tyhle věci sleduju...“.

Kromě sebevzdělávání je pro pěstounky zdrojem energie, síly, odpočinku a radosti řada **aktivit spojených se sportem, cestováním, kulturou a vírou v Boha**. Respondentka A to líčí takto: „Když jsem úplně sama doma, vypravím děti a zalezu si ještě ráno zpátky do postele třeba s biblí a jsem chvíli s Bohem sama, anebo mi pomáhá, když se nějak fyzicky hodně hejbám [...] což je pro mě hrozně prima“. Respondentka C popisuje, že si nejvíce uleví tím, že chodí hodně

do divadel, za sportem a učí se anglicky. „*Ted'ko jedeme třeba taky do zahraničí bez holek, jedeme do Anglie, to bude zážitek velkej*“.

Pro pěstounky jsou také zdrojem energie **aktivity**, které mohou vykonávat **společně s celou rodinou**, ať už se jedná o pobyty mimo domov někde v přírodě, návštěvy různých kulturních zařízení nebo společenské hry. Respondentka A vyjmenovává: „*My hodně podnikáme s dětma [...] máme hodně sportovních aktivit, jezdíme na kole, na vodu, cestujeme a spíme venku, táboříme, nebo třeba v neděli si hrozně často hrajeme hry společně*“. Trávit volné chvíle i s dětmi je důležité i pro respondentku B: „*Třeba v tom, že ty holky někdy vytáhnu, já hrozně ráda jezdím, cestuju, chodím do divadla, do muzea, do kina, tak když si uděláme výlet takhle nějak zaměřenej, to je vlastně obrovská radost i pro mě*“.

5.2.2.4 Další zdroje pomoci

V rozhovorech s pěstounkami byly identifikovány i další oblasti, které je možné označit jako pomáhající ve vztahu k péči o přijaté děti s postižením.

První z nich je **osobnostní nastavení matek**. I přes problémy, se kterými se potýkají, o sobě pěstounky hovoří jako o ženách energických, psychicky odolných, tolerantních a schopných se dívat na lidi kolem sebe před předsudků. Respondentka A uvádí: „*Já myslím, že vydržím víc než jako jiné mámy [...] že mě míň věcí dráždí*“. „*A taky se cítím svěží, nic mě není*“, doplňuje respondentka C. „*Taky se přiznám, že poslední roky jsem už začala být tak jako víc v pohodě, tak tohle nezažívám*“, vzpomíná respondentka B a dodává: „*Já jsem byla vždycky velmi otevřená vůči handicapům, otevřená vůči jinému etniku...*“.

Jelikož všechny matky pracovaly nebo pracují v pomáhajících profesích a některé se problematikou náhradní rodinné péče nebo lidí s postižením přímo zabývají, jsou pro ně významnou oporou a prostředkem ve zvládání péče o děti s postižením v pěstounské péči **znalosti** získané během studia na vysoké škole a **zkušenosti** načerpané během dosavadní praxe, jak o tom hovoří respondentka C: „*Myslím si, jak v tom člověk pracuje, tak kolikrát jsme schopnější...*“. Vzdělání a současné pracovní uplatnění zdůrazňuje respondentka A: „*...v oblasti náhradní rodinné péče jsem velmi vzdělaná, bych řekla, a v oblasti všelijakých potřeb dětí taky [...] navíc my tady organizujeme všelijaký kluby náhradních rodičů, tak já to vždycky všechno slyším...*“. Že některé problémy po letech zkušeností z práce nejsou již tolik

zatěžující, si uvědomuje respondentka C: „...tím, že já dvacet let pracuju s lidma, který maj nějaký postižení, tak mě to ani vám nepřijde...“. Respondentka B dodává, jak důležité pro ni bylo, že se ve speciální školce, kde dříve působila, naučila metodě pevného objetí: „*Hodně mi pomohlo i to, že jsem i se staršíma holkama dělala pevný objetí, že jsem to uměla, a u dcery s Aspergerovým syndromem se mi to hodně, hodně osvědčilo, protože ta to dokonce pak sama vyžadovala [...] byl to pro ní zdroj bezpečí. My jsme vlastně takhle půl rok v případě potřeby dělali pevný objetí a pak jsme s tím mohli úplně přestat, už jsme to nepotřebovali*“.

V souvislosti s tím, jak respondentka B v předchozí výpovědi hovořila o významu pevného objetí, lze i **pokroky dětí** považovat za jednu z oblastí, jež pěstounkám napomáhá ke spokojenosti. Respondentky právě v pokrocích dětí vidí smysl svého úsilí, což jim poskytuje zpětnou vazbu o dobře vykonané práci a dává pocit zadostiučinění. Respondentka B uvádí: „*Je fakt, že mě hrozně těší pokroky těch holek [...] já už sice čtyři roky nelyžuju, ale zase si strašně užívám, že vidím holky jezdit, a že vidím, jak se rok od roku lepší...*“. O pocitu satisfakce a spokojenosti hovoří i respondentka A: „...*to je prostě spousta takovýchle věcí, ale třeba zrovna super bylo, když měla jsem jednu holčičku na psychologickém vyšetření, která už je patnáctiletá, učí se v základní škole, a psychologka mi říkala, že by byla úplně nevzdělavatelná, kdyby nebyla u nás [...] takže to pak jakoby vidím, že to má smysl*“. Jelikož se význam pěstounské péče pro děti s postižením ukázal jako podstatná oblast, o níž matky během rozhovorů hovořily, když zhodnocovaly svůj život s dětmi s postižením, je tato problematika více rozvedena v dalších kapitolách.

V souvislosti s možnostmi úlevy od náročné péče označila respondentka C za důležité ještě jednu významnou oblast: **učení k svépomoci**. Jak tento pomáhající prostředek vnímá, zmiňuje následujícím způsobem: „...*já mám ty holky vyceповaný, že oni si hodně vystačí samy, umí si dát jídlo do mikrovlnky, ohřát, nalít [...] takže to můžete od toho zdroje napětí jakoby odejít, to si odpočinete [...] za těch jedenáct let už je máte naučený, oni zase schopný jsou...*“.

Dílčí shrnutí:

Druhá dílčí výzkumná otázka se vztahovala ke zjištění obtíží, s nimiž se během realizace pěstounské péče u zdravotně postižených dětí matky-pěstounky setkaly a k popsání faktorů, které jim pomáhaly v jejich zvládnutí. U všech respondentek šlo primárně o potíže v přístupu úřadů a v **kontaktu s institucemi** (spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí) v procesu zprostředkování pěstounské péče (délka trvání, nedostatek informací o dítěti v době svěření do péče) i během její realizace (neochotný, nenaslouchající přístup). Druhou zmiňovanou oblastí

byly **potíže ve výchově dítěte s postižením** v souvislosti s odchylnou diagnózou od reálného stavu dítěte a potíže související s pocitem nedostatku času nejen na sebe, ale i na děti. Jako problematické matky označily také **kontakt s biologickou rodinou** a důsledky **osobní historie dítěte**, které se dle matek ještě nadřazovaly problému postižení dítěte, a z nichž pramenily i obtíže s porozuměním potřebám přijatých dětí.

Z výpovědí matek-pěstounek bylo možné dále vyvodit, že důležitý zdroj podpory pro ně představuje **pomoc různých institucí**, např. služby neziskových organizací (finanční podpora, kluby pro pěstouny, rodinné pobyty), uznávaných a **angažovaných odborníků** orientovaných v oblasti péče o děti v náhradních rodinách a některých pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí. Zdrojem síly a energie a radosti je pro matky také **péče o sebe samu** prostřednictvím neustálého osobního rozvoje a sebevzdělávání, aktivního odpočinku při sportu nebo jiném kulturním vyžití. Kromě toho matky vítají možnost trávení volného času při společných aktivitách celé rodiny.

Neméně důležitou je pro ně **opora rodiny (manžela, vlastních dětí), kamarádek a blízkých příbuzných**, kteří taktéž vychovávají dítě přijaté z ústavního zařízení, **empatie a emocionální podpora ze strany přijatých dětí**, možnost setkávání se a vyměňování zkušeností s ostatními pěstouny či s kolegy z práce atd. Matky využívají také svých **vlastních předností a předpokladů** pro práci s dětmi se zdravotním a sociálním znevýhodněním, **dosavadních zkušeností z předchozí studijní a pracovní dráhy**, snaží se děti podporovat v tom, aby byly co nejvíce **samostatné** a pomáhá jim také, když vidí u svých dětí **pokroky**, které dávají jejich velkému úsilí význam.

5.3 Význam pěstounské péče

Předposledním velkým tématem, které se ve výpovědích respondentek často objevovalo, bylo téma významu pěstounské péče. Pěstounky se vyjadřovaly nejen k tomu, jaký prospěch dětem s postižením pěstounská péče přináší a jaký význam ony samy pěstounské péči o děti s postižením přikládají, ale také k tomu, co přinesla realizace pěstounské péče u dětí se zdravotním postižením jim samotným a ostatním členům pěstounské rodiny.

5.3.1 Význam pro dítě s postižením

O radosti z pokroků handicapovaných dětí, jakožto o důležitém zdroji energie, který pěstounkám napomáhá v péči o přijaté děti, již bylo ve zkratce pojednáno výše. Pokroky dětí samy o sobě jsou však také důkazem toho, jaký přínos pro budoucnost dětí s postižením (a nejenom pro ně) pěstounská péče má. Respondentky během vyprávění hovořily o mnoha situacích, jež svědčí o významu pěstounské péče pro děti s postižením a jež zhodnocují jejich každodenní úsilí a starost o děti.

Respondentka B vnímala u přijaté dcery velký **tělesný nárůst**: „*V době, kdy jí bylo pět let, kdy jsem si jí brala do péče, tak vážila vlastně necelých třináct kilo, což je váha dvouletého dítěte [...] ale nicméně výškově dnes už dotáhla spodní hranici té běžné normy, teď vlastně je zařazena do třetí třídy a není tam nejmenší dítě, takže i z tohoto pohledu je to zajímavý, že ty děti i velice často vyrostou, když přijdou do rodiny [...] stalo se mi to vlastně u tří ze čtyř holek, když ke mně přišly. Mají šanci*“. O posunu dítěte v oblasti **sebeobslužných a komunikačních dovedností** se vyjadřuje respondentka C: „...každý den je vidět u takhle postižených dětí, když je máte doma [...] holku jsem si vzala v březnu domů, a přestože přišla nemluvicí, na plenách, netolerovala stravu, v květnu začala mluvit, jedla příborem a byla bez pleny...“.

Za zmínku také stojí, jak může dlouhodobá individuální péče přispět k tomu, že se dítě začne rozvíjet směrem, jež by nikdo ani nečekal, jak líčí respondentka B: „*Já jsem sice chtěla dítě s mentální retardací [...] ale na druhou stranu mě samozřejmě velmi, velmi potěšilo, že dcera začala dělat obrovský pokroky, a že se pak ukázalo, že není vůbec mentálně retardovaná, naučila se velmi rychle číst, psát [...] až že vlastně rychleji četla a psala, než měla dohnat slovní zásobu pro svůj věk...*“. Pěstounka dále doplňuje, že v důsledku toho, že přijala dceru do péče, bylo možné **vysadit i léky**, jež dcera doposud brala: „...bylo to dítě, který bylo velmi medikovaný, když jsme si ji brali, my jsme medikaci vlastně po půl roce vysadili a dodneška jsme bez medikace“.

Respondentka C dále vnímá, jak důležitý krok udělala v životě jedné z přijatých dcer a spatřuje její velký pokrok v oblasti rozvoje **sociálních dovedností a dovedností potřebných pro práci ve škole**. Stejně jako respondentka A, která říká: „...leckdy se to dítě vlastně i intelektově hodně posune, poté co stráví nějaký čas v té rodině...“, i ona dokládá pokrok dítěte ve vývoji: „...to byl naprosto citově oploštělej člověk [...] tam byla velká deprivace citová,

*...která bránila normálnímu vývoji, a ta holka dneska je na normální škole základní a má jednu dvojku ve třetí třídě“ a porovnává jej s možnými dopady na život dítěte, pokud by zůstalo v ústavním zařízení: „...jenže kdybych si jí já nevzala, ona by v tom ústavu sociální péče jinak neměla šanci, v tom zařízení by **zapadla v davu**... “. Jako správné vnímá své rozhodnutí taktéž respondentka B a dodává: „...mě je hrozně z toho, když si uvědomím, že by byla dneska někde v ÚSP s tou diagnózou středně těžký mentální retardace“.*

Respondentka B zhodnocovala význam pěstounské péče i z toho pohledu, jak jí se postupem času skrze navázání blízkého citového vztahu s dítětem podařilo **zmírnit jeho úzkosti a strachy**: „...ona vlastně velmi těžce prožívala stres, dodneška se hrozně bojí, když přijdou nové prvky, nové lidi, ujišťuje se, že nepůjde pryč [...] ale právě poslední rok, půlrok cítím, jak už se trošku ten velmi těsný vztah rozvolňuje. Bylo to dítě, který se potřebovalo hodně nafixovat, hodně ujistit, ale řekla bych, že o to víc opravdu kvete“.

Se slovy zdůrazňujícími, že i přes náročnost péče a různá stigmata, která si děti z ústavních zařízení s sebou nesou, má realizace pěstounské péče velký význam, zakončuje tuto kapitolu spolu s respondentkou A i respondentka B: „Všechny děti se mi posunuly mnohem víc [...] i když jsou ty starší děti velmi náročný, má smysl brát si je do péče. Spousta lidí by nepochopila, že někdo může vychovávat dítě, který se v některých situacích chová násilně a já přitom vidím, jak výchova takovýho dítěte má obrovský smysl“. Respondentka A pak mimoto ještě srovnává reálnou situaci dítěte s tím, jak by mohlo dopadnout, kdyby nevyrůstalo v pěstounské rodině: „Jsou takové chvíle, kdy člověk ví, že sice to dítě holt něco zapomíná, občas nosí blbě známky, ale ve skutečnosti, kdyby se to srovnalo s tím, kdyby u nás nebyla tak by neuměla ani číst a psát“.

5.3.2 Přínos pro členy pěstounské rodiny

Realizace pěstounské péče u dítěte s postižením přinesla pěstounkám, ale nejen jim, mnoho cenných zkušeností a poznatků. Matky za důležité považovaly nejen **poznání sebe samých**, ale také uvědomění si všeho, na čem bylo zapotřebí pro **vlastní rozvoj**, a tím i pomoc dětem, pracovat. Respondentka A uváděla jako příklad, že by se po své zkušenosti již méně trápila kvůli maličkostem: „...ted' už mám ty věci úplně jinak posunutý v rámci důležitosti“. Respondentka B hovořila o důležitosti poznání, že jakožto matka-samoživitelka dcerám může pomoci jen skrze sebe samu: „...v některých věcech jim pomůžu, jenom když já se někam

posunu, udělám u sebe nějakou změnu a dostanu se sama v sobě někam dál, abych dokázala pochopit jejich chování“. Aby dokázala pochopit dítě se zrakovým postižením, jeho možnosti a limity, zkoušela respondentka A se zavázanýma očima, co jako nevidomá nemůže či může, a jakým způsobem: „...některý věci mi šly úplně hravě, třeba škrábat brambory, luxovat, zašívát [...] ale třeba jsem nedokázala ukrojit si máslo a namazat si chleba máslem...tak to pro mě bylo hodně zajímavý“.

Přínosem byla pro pěstounky také **možnost sebevzdělávání**. Kvůli dětem, ale i pro ně samotné. Respondentka B hovořila o tom, jak ji obohatila četba knížek prof. Matějčka nebo Caroline Archerové, respondentka C zase zmiňovala, že se nyní kvůli dceři učí anglickému jazyku, aby jí mohla pomoci s přípravou do školy: „...protože dcera má angličtinu, tak se dohadujeme spolu, jak to má být [...] já jsem předtím žádný problémy se školní docházkou neměla u svých vlastních dětí, takže jsem si aspoň znova prožila“. Pro respondentku B byla a stále je zajímavou a radostnou **osobní i profesní zkušeností** možnost dcerám realizovat domácí školu, ačkoli uznává, že tato činnost je také náročnou: „...ale na druhou stranu je to velmi osvěžující, a mě to prostě baví a vlastně si tím trošku plním i tu svoji profesi, kterou jsem vždycky chtěla dělat“.

Pro respondentku C je důležitý **pocit** (související s motivací pěstounky k přijetí dítěte), **že přijaté děti ji budou potřebovat** déle než vlastní, které z domova odešly poměrně brzy: „...určitě se mnou zůstanou dýl, prostě tyhle vás neopustí [...] a řeknete si: to je dobře, že mě potřebují“.

Jak již bylo uvedeno, dítě s handicapem sice vyžaduje hodně péče, ale zároveň může hodně i obohatit. Nejen pěstounky samotné, ale také členy rodiny a známé. Dcera respondentky B se k přijetí holčičky s Downovým syndromem zpočátku nestavěla příznivě, nicméně když zjistila, jaké dítě s postižením doopravdy je, svůj **postoj přehodnotila**, a dnes je **vůči dětem s postižením** daleko otevřenější: „Ona nikdy neinklinovala k tomu, aby měla touhu poznat ty deformity a vůbec ty postižený [...] ale dcera byla šíleně roztomilá, to byl krásnej Down [...] potom co se s ní seznámila, přišla a povídá, mami, víš že jsem s tím měla problém, ale dneska, když třeba se koukám na ty děti z toho dětskýho domova, vždycky brečím a chtěla bych je domů...“. Obdobně reagoval i manžel respondentky A, který se do doby, než s manželkou přijali dítě s postižením, s lidmi s postižením nesetkal: „Zjistil, že každý člověk má hodnotu, obrovskou hodnotu bez ohledu na to, jak je inteligentní, jak vypadá, co může [...] a objevil spoustu úžasných vlastností“. Obecným přínosem pro rodinu bylo dle pěstounky A také to, že

se její členové naučili rozumět různým reakcím postižených dětí: „Už víme, jaký maj omezení, že prostě na ně nemůžeme zavolat jako do dálky, že musíme jako zblízka, držet oční kontakt, aby nám porozuměly...“.

Respondentka B také vypovídala o přínosu přijetí cizího dítěte s postižením v souvislosti se **posunem dítěte v utváření citových vztahů k druhým osobám**. Tento posun vnímala u mladší z prvních dvou přijatých dcer, jež v důsledku života v biologické rodině neměla zvnitřněny hranice chování, a ani nepoznala, jaké to je k někomu chovat náklonnost: „...tý příchod mladšího sourozence strašně pomoh. Ona byla zvyklá v původní rodině mít roli benjamínka, kterej byl zvyklej mít dominantní postavení, dělala si, co chtěla, byla zvyklá, že starší sestra jí posluhuje, že na ní může spoustu věcí hodit a to byl trik, kterej zkoušela i v naší rodině, kde teda narážela [...] a to se vlastně změnilo příchodem toho mladšího sourozence, jí to velmi posunulo a k tý dnes nejmladší si vytvořila velmi pěkněj vztah, kterej trvá doteďka, přestože to nejsou biologický sourozenci“.

Dílčí shrnutí:

Respondentky se během rozhovorů zamýšlely jak nad přínosem pěstounské péče pro děti s postižením, tak i nad přínosem dětí pro rodinu, její členy, i pro ně samotné. Poukazovaly na velký posun dětí, poté co přišly rodiny. U některých dětí se to týkalo se zejména **tělesného nárůstu, zlepšení sebeobslužných a komunikačních dovedností**, u jiných zase **naplnění potřeby pevné citové vazby** dítěte k blízkému člověku a zmírnění různých úzkostí a strachů. Shodovaly se na tom, že ačkoli vnímají výchovu a péči o tyto děti jako náročné a vzhledem k jejich diagnózám možnosti vzdělávání jako omezující, vidí u některých dětí, jejichž možnosti nejsou úplně omezené, **posun i v intelektuálním vývoji**, a jsou rády, že nenechaly děti vyrůstat v ústavním zařízení, kde by těchto pokroků stěží dosáhly.

Z hlediska přínosu dítěte pro rodinu respondentky přikládaly význam zejména možnosti osobního rozvoje členů pěstounské rodiny. Vnímaly, že přijaté dítě otevřelo některým členům rodiny oči pro **přehodnocení postojů** vůči handicapovaným, přispělo k větší **otevřenosti a uznání hodnoty** těchto lidí a také k **posunu při utváření citových vztahů** k druhým osobám. Samy matky realizací pěstounské péče získaly **možnost pro sebepoznání** toho, co je v jejich životě důležité, jak mohou dětem pomoci, a taktéž dostaly **prostor pro práci na sobě** a pro svůj **osobnostní, intelektuální a profesní růst**. Naplnily tím i svoji **potřebu být nápomocny** druhým lidem.

5.4 Bilance života s dítětem s postižením

V závěru analýzy rozhovorů je zapotřebí také nahlédnout na to, jak matky-pěstounky zhodnocují svá prvotní očekávání a získané zkušenosti a jaká doporučení mohou ze své vlastní zkušenosti dát lidem, kteří uvažují o realizaci pěstounské péče.

5.4.1 Naplnění vlastních očekávání

Právě ochota a touha pomoci, podtržená vědomím vlastní kompetentnosti, viditelností pokroků a tedy i významu pěstounské péče pro děti s handicapem, se projevila ve výpovědích pěstounek v souvislosti s naplněním jejich očekávání spojených s realizací pěstounské péče.

Všechny matky se shodly na tom, že pro ně rozhodnutí o přijetí dítěte bylo **správným krokem**, jelikož děti naplnily jejich očekávání od pěstounské péče. Udělaly tím správné rozhodnutí, jehož i přes náročnost péče o děti s postižením, ani jedna dodnes nelituje. Respondentka A to popisuje takto: „*Nikdy jsem nelitovala, že jsem si ty děti vzala, to vůbec, nikdy jsem nepřemýšlela nad tím, že bych je vrátila*“. Stejně tak o tom nepochybuje ani respondentka B a doplňuje, co dítě rodině přineslo: „*...nepochybuju o tom, že to rozhodnutí bylo správné, a že jí máme co nabídnout a ona má co nabídnout nám*“. Taktéž respondentka C dodává: „*Ne, ne, ne, rozhodně ne, pochybnost jsem nikdy neměla...*“.

Respondentka A dále vyjádřila spokojenost vzhledem k **dosažení předsevzatého cíle**, jelikož si štěstí dětí vzala plně pod kontrolu a adekvátně tomu se jim věnovala: „*Přála jsem si, aby ty děti nežily v ústavu a měly mámu s tátou, což jsou věci, na který jsem dosáhla [...] mají sourozence, normální obyčejný život normálních dětí, chtěla jsem, aby měly šťastný dětství, aby měly na co vzpomínat, což mám pod kontrolou do určité míry, takže toho jsem taky dosáhla...*“.

Respondentka C připustila, že v souvislosti s problémy, které jí to přinášelo, občas přemýšlela nad tím, zda udělala správně, když si vzala do péče jako poslední nejmladší, nejméně handicapovanou dceru: „*...pořád přemýšlím, jestli ta kombinace holek byla dobrá. To vidím u té nejmladší [...] možná kdyby byla ona první a zdravá a nejstarší, tak ještě ty další dvě můžeme přijmout jako postižený, možná, že tam bych se dneska rozmyšlela, jestli vůbec jako do takovýhle koalice s těma třema jít*. Přestože se jí nezdařilo vybudovat to, aby se dcery měly rády, konstatovala, že se jí alespoň zdařilo naplnit jeden cíl – aby nežily v ústavním zařízení.

Přijetí dětí do pěstounské péče vnímaly respondentky zároveň jako velké **obohacení, jež činí jejich život radostným a naplněným**. Jakou spokojenost zažívá respondentka B, přestože původně chtěla jiné dítě, popisují následující řádky: „...*mě dcera strašně dobří, ta moje veškerý očekávání šíleně předčila [...] a já bych si asi nikdy cíleně takový dítě nevybrala, ale myslím si, že jako asi lepší dítě bych pro sebe nemohla najít...*“. O **naplnění vzhledem k vlastním potřebám** hovoří i respondentka C: „...*oni v podstatě vám mají co dát, když jim dáte šanci, a dají vám zase něco úplně jiného...třeba pro mě je důležitý, že oni potřebují moji pomoc, protože já vyžaduju jako člověk, abych byla jako prospěšná*“.

Jelikož se pěstounky považovaly za matky, které mají dětem co nabídnout a zároveň je jejich role velmi obohacuje, uvažovaly také nad tím, zda by byly **ochotné přijmout do péče ještě další dítě**. Shodovaly se, že by nebyly proti, pokud by nějaké dítě ještě do rodiny přibylo, nicméně v současné době to pro ně není aktuální. Poukazovaly na fakt, že i ony samy musí vzhledem ke svému věku a adaptaci posledních přijatých dětí uvažovat dnes již reálněji, jak o tom hovoří respondentka A: „...*my už jsme přece jenom starší, ty starší děti, to je fakt těžší, ta adaptace trvá delší dobu...*“. Obdobně se vyjadřuje i respondentka B: „...*mám to hodně otevřený i s ohledem na to, že už přece jenom nejsem nejmladší, a i když holky sice odrůstají, tak cejtím, že i v té dospělosti budou určitě potřebovat hodně podpory [...] vždycky se budu rozhodovat podle nich*“. Stejně tak i respondentka C nepovažuje za nereálné přijmout ještě jedno dítě, taktéž si však ale uvědomuje věkové omezení: „*Já bych si jedno snad ještě vzala, ale tak člověk už musí uvažovat reálně vzhledem k věku, když je mi padesát [...] prostorově by to nebyl problém, problém by to byl už možná věkovej*“.

Poslední řádky kapitoly uzavírá „citátem“, který shrnuje vše podstatné, respondentka A: „...*já jsem prostě za ty děti ráda, vnímám je jako obohacení života mého, takhle jsem si to vybrala, nemusela jsem, takže si na věci nestěžuju [...] když si člověk vybírá, tak s dobrým i zlým, tak jako manželství, zaměstnání, studium, něco se mu líbí, něco holt patří k tomu a tak to je v životě vždycky, život není jenom šlehačka na dortu...*“.

5.4.2 Doporučení

Poslední kapitola výzkumného šetření se věnuje doporučením, která by matky-pěstounky daly těm, kteří se rozhodují, že by do pěstounské péče přijaly dítě a byli ochotni tolerovat i dítě s nějakou formou postižení. Doporučení, která pěstounky uváděly, mnoho. Zahrnovaly to, co by

si pěstounky, respektive pěstouni měli uvědomit, co zvážit a nad čím se zamyslet předtím, než se rozhodnou podat si žádost o pěstounskou péči, a čeho využívat při samotné realizaci péče.

V první řadě pěstounky doporučovaly začít nejprve u sebe, tj. **uvědomit si své možnosti, svá omezení, potřeby a očekávání**. Pěstounka C hovořila o tom, že je třeba **zvážit své psychické a taktéž fyzické síly**, jelikož starost o děti a domácnost je leckdy i fyzicky vysilující a vyčerpávající. Respondentka B uváděla, že by pěstouni měli pečlivě **zvážit a řešit** ty oblasti, které mohou péči o dítě nejvíce ovlivnit, tj. **svou minulost** a její možné dopady, své **osobní předpoklady, ochotu se dále rozvíjet** a pracovat na svých nedostatcích: „...člověk, kterej není srovnanej sám v sobě, nebo spíš kterej není otevřenej tomu, aby na sobě dál pracoval, v tom nemá moc šanci. Protože ve vztahu k problémovému dítěti se vždycky v člověku otevře všechno, kde má sám nějaký limit, nějaký handicap nebo něco nedořešenýho...“. Jen tak je možné vyhnout se případnému pozdějšímu zklamání z nenaplnění původních představ. Podle respondentky C je také nutné **zkonzultovat s partnerem**, jestli jsou na tento krok oba připraveni a zda jsou srozuměni s tím, jakým způsobem může přijetí cizího dítěte ovlivnit jejich rodinu a partnerský vztah (zvlášť pokud jde o mladý pár, věkem i délkou vztahu, který ještě může mít své vlastní děti): „...chtít pomáhat je sice hezký [...] ale opravdu tam hrozí rozvrat vztahu, jestliže si holka vezme kluka, který tuhle zkušenost s těma lidma nemá [...] ač jsou třeba ti partneři hrozně hodný a shovívaví, může to stejně někdy rozvrátit vztah. To je opravdu velké závazek“.

Další doporučení se týkala řádného rozmyšlení toho, **jaké dítě jsou žadatelé ochotni přijmout** do péče a na co se naopak necítí. Respondentky taktéž doporučovaly **podrobné seznámení se s diagnózou** dítěte a jeho **prognózou** do budoucna. Poukazovaly na to, že také nutné si **uvědomit**, co péče o dítě s určitým handicapem **může obnášet** a co může přinést. O tom ví své respondentka A: „...tyhle děti, který mají za sebou nějaký složitosti, tak jsou v některých věcech prostě hrozný, třeba všechno ztratěj, zapomenou, třeba jako sluchátka pro holku stojí 50 000, to je strašná částka, kdyby je ona někde ztratila...“.

Z předchozích výpovědí respondentek je zřejmé, že není možné se připravit na vše, co pěstounská péče u dítěte s postižením může přinést. I tak je ale vhodné, aby žadatelé byli před přijetím dítěte obeznámeni nejen s co nejvíce informacemi o různých poruchách, jejich projevech a způsobech práce s dětmi, jimž zdravotní handicap přináší různá omezení, ale také i s problematikou péče o děti s projevy psychické deprivace či jiných raných traumat, která se často nadřazují nad problém postižení dítěte.

Pěstounky také upozorňovaly, že je třeba brát ohled na to, že děti s postižením jsou náročné nejen psychicky, fyzicky, ale i časově a mnohdy je třeba jim vzhledem k jejich zdravotnímu stavu podřítit mnohé činnosti a **určit si priority**. Respondentka B uvádí důsledek problému se skloubením zaměstnání a péče o děti: „*Dodneška si myslím, že kdybych na ně měla víc času od začátku, bylo by to někdy možná méně náročný...*“, a dodává, jak důležité bylo stanovit si jako prioritu dítě předtím, než přijala dítě s postižením: „*...dcera by nebyla tam, kde je, kdybych pracovala a ona chodila do nějakýho zařízení*“.

To, že s dětmi s postižením musí často navštěvovat různé specialisty a zdravotnická zařízení, matky považovaly za samozřejmost a nikoli problém. Přesto ale upozorňovaly, že je třeba zvážit, zda i tato rodina zvládne. V důsledku zdravotního stavu dítěte je také třeba **počítat i s jinými omezeními**, která se mohou promítnout do života rodiny. Ta se týkají zejména nutnosti brát vždy ohled na dítě s handicapem. Je proto dobré vědět, že některé aktivity, které člověk doposud dělal, bude muset omezit, nebo je nebude moci vykonávat. V této souvislosti je zapotřebí si také **uvědomit, jaký dopad to může mít na kontakt se sociálním okolím rodiny**. Respondentka A uvádí, že je třeba promyslet, zda má člověk kolem sebe přátele, kteří mu zůstanou i poté, co si dítě vezme: „*...když prostě má nějak handicapovaný dítě, tak některý věci s ním nikdy nebude moct dělat, jestli mám dítě na vozejků a střed mýho světa byla parta cyklistů, tak prostě o ně přijdu*“. Jak dodává respondentka C: „*...to už musí mít člověk zpracovaný*“. Mimoto pěstounky považovaly za důležité zmínit obyčejnou, byť zapomínanou věc: že je třeba **žít nejen děti, ale také psychohygienou**, najít si svůj vlastní zájem či koníček.

To, na čem se pěstounky také shodovaly, je že: „*...není cílem mít zaplněnej dům dětma, je cílem těm dětem nějak pomoci*“, jak to popisuje respondentka A. Je zapotřebí, aby si budoucí pěstouni uvědomili, že není možné pomoci všem dětem, ačkoli je těch, které by pomoc potřebovaly, opravdu mnoho. Pěstouni by se měli zaměřit na děti, které sami zvládnou, a **vědět, kde jsou jejich hranice a limity**, jejichž překročení by mohlo vyústit v situaci, kdy by péči o přijaté děti již nezvládali: „*Vím, že lidi někdy můžou chtít pomoci a nabrat si spoustu dětí a pak to nezvládat*“, říká respondentka B. Uvědomování si vlastních limitů, schopností a odhad budoucí situace je zároveň důležitým faktorem úspěšnosti pěstounské péče a spokojenosti v roli náhradního rodiče, což potvrzují slova respondentky B: „*...poznání vlastních hranic, to je strašně důležitá věc, je důležitý to nepřepálit*“. Konkrétním doporučením zkušené pěstounky (respondentka C) je proto **brát si děti**, zvlášť handicapované, **postupně** a do počtu, který se pohybuje kolem tří přijatých dětí s handicapem na jednu rodinu.

Posledním z uvedených doporučení je potřeba **zvážit možnou finanční zátěž** péče o dítě s postižením. Ne všechny děti jsou totiž uznány jako osoby, u nichž je dle zákona o sociálních službách prokázán nárok na finanční částku pro osoby závislé na pomoci druhé osoby ve druhém či vyšším stupni. Týká se to například dětí s psychickou deprivací, poruchou attachmentu atp. Jak konstatuje respondentka A: „...mít dítě se zdravotním postižením skutečně znamená s ním žít doma [...] a je velmi složitý, když rodiče dostanou dítě, kterému je potřeba se věnovat 24 hodin denně, protože je tam souběh nějakých handicapů, ale žádné z nich není až takové, aby dosáhlo dítě na to, že je nějak zdravotně postižený“. V souvislosti s tím je třeba poukázat také fakt, že ne vždy je veřejnost informována o pěstounské péči reálně, což má někdy negativní dopad na vnímání pěstounů širokou veřejností, která může mít pocit, že pěstounská péče je pouze obohacením těch, kteří do své péče děti přijmou. To dokazují slova respondentky B: „To, jaká je to ve skutečnosti šichta, co to obnáší a jak náročný může být zvládnout afekt agresivního dítěte, to si myslím, že si řada lidí vůbec nedokáže představit. V tý pěstounce spousta lidí vidí moc věcí zjednodušeně a přitom tam nejsou žádný jednoduchý odpovědi na otázky“.

Dílicí shrnutí:

V souvislosti s naplněním vlastních očekávání, respondentky vyjádřily souhlas s tím, že jejich rozhodnutí přijmout do rodiny dítě, respektive děti se zdravotním postižením byl **krok tím správným směrem**, kterého dnes nelitují, jelikož se jim podařilo dosáhnout toho, aby dětem daly možnost žít mimo ústavní zařízení. Pochybnost nad rozhodnutím o přijetí posledního dítěte vyjádřila pouze jedna z respondentek vzhledem ke kombinaci věku a různého postižení přijatých dcer. Přijaté děti i přes různá úskalí, která péče o ně přináší, však pěstounky vnímají jako **velké obohacení svého života**, jež je naplňuje pocitem **radosti a uspokojení**. Byly by **ochotné si vzít i další dítě**, ale vzhledem k věku uvažují reálně, neboť si uvědomují, že je zapotřebí zajistit, aby prospívaly zejména ty děti, které v současné době mají v péči. Dalším dětem se tedy nebrání, ale svou kapacitu v současné době však považují za naplněnou.

Respondentky uvedly také svá doporučení pro všechny, kdo uvažují o přijetí dítěte do pěstounské péče a byli by ochotni tolerovat dítě s postižením. Každá respondentka uvažovala nad tímto tématem v kontextu vlastních zkušeností. Na prvním místě však shodně radily nejprve **uvážit své předpoklady, tj. fyzické a psychické síly**, uvědomit si své **limity a míru tolerance** vůči určitému postižení a také se důkladně **seznámit s diagnózou** dítěte a jeho prognózou. Některé zdůrazňovaly **zvážení** všech pro a proti v souvislosti s **dopady na kontakt** s dosavadním blízkým sociálním **okolím** a s **omezeními**, která to rodině přinese. V neposlední

řadě také pokládaly za důležité zmínit nutnost **psychohygieny** a jedna respondentka také doporučovala **zvážení finanční zátěže** péče o dítě v rodině. Jelikož se samy setkaly s případy, kdy rodiny do péče přijaly více než byly schopny zvládnout, doporučovaly se zamyslet také nad **svými schopnostmi, možnostmi a limity**.

5.5 Závěr šetření a diskuse

Cílem empirické části práce bylo popsat, jaké jsou zkušenosti matek-pěstounek, které přijaly do pěstounské péče dítě se zdravotním postižením a jejich pohledem tak přeneseně zprostředkovat představu o životě pěstounských rodin s přijatými dětmi s handicapem. Na tomto místě je tedy zapotřebí shrnout zjištění, získaná odpověďmi na dílčí výzkumné otázky, a vztáhnout je k závěrům a poznatkům, které jsou známy z podobných, doposud realizovaných výzkumů jiných autorů. V závěru je také uvedeno zamyšlení nad omezeními výzkumného šetření a možnostmi, jak realizaci obdobných šetření v budoucnu zlepšit a obohatit.

DVO 1: Jaké důvody vedly matky-pěstounky a jejich rodiny k rozhodnutí o přijetí dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče?

První dílčí výzkumná otázka se vztahovala k důvodům rozhodnutí o přijetí dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče. Zde se objevovaly tři důležité kategorie: motivace, potřeba řešit určitou situaci a vliv příbuzných a členů rodiny. Souhlasně s jinými výzkumy se ukázalo, že k přijetí dítěte většinou nevede pouze jen jeden motiv, ale ovlivňuje jej důvodů vícero (Sobotková, 2003, s. 51).

V případě respondentek tohoto ošetření byla jedním z hlavních důvodů pro přijetí dítěte motivace související s touhou a ochotou se o někoho starat a pomáhat mu. Ta se objevuje i ve výzkumech pěstounských rodin, které děti s postižením nevychovávaly (Sobotková, 2003, s. 52). Pochopitelná je také vzhledem k faktu, že pěstounky bývaly či stále jsou aktivními zkušenými pracovníci v oblasti pomáhajících profesí (dvě z nich přímo u dětí s postižením).

Na základě výpovědí pěstounek bylo možné identifikovat i další důvody vedoucí k přijetí dítěte, jež se zároveň objevovaly i v průzkumu Galusové (2004, s. 56): jeden souvisel s potřebou řešit konkrétní situaci dítěte umístěním do náhradní rodinné péče a druhý s tím, že se pěstounky seznámily s dítětem již dříve, rozhodly se jej nenechat v ústavním zařízení a teprve až po čase zažádaly o jeho svěřením do péče. Takto postupovaly v tomto šetření pěstounky u čtyř

z celkových sedmi dětí, které do péče dohromady přijaly. U jednoho dítěte nelze hovořit přímo o ochotě vzít si handicapované dítě, jelikož u něj bylo diagnostikováno postižení teprve po příchodu do rodiny, i tak je tento poznatek zajímavým zjištěním, který dokládá, že ne vždy dostávají pěstouni při převzetí dítěte úplně přesné informace o jeho zdravotním stavu. Dvě děti dvou respondentek průzkumu totiž do rodiny přicházely s původně jinou diagnózou, než mají nyní. Že tyto případy nejsou ojedinělé, potvrzuje uvedením jednoho takového taktéž Galusová (2004, s. 56). Fakt, že si pěstounky i takové děti ponechaly a rozhodly se zkusit zvládnout nároky, které péče o tyto děti obnáší, potvrzuje zjištění, že čím jsou pěstouni starší a zkušenější, tím jsou ochotnější pečovat o složitější a náročnější děti (viz Sobotková, 2003, s. 112; Rozum a cit, 2006). Pro úplnost je třeba dodat, že věk respondentek tohoto šetření se v době jeho realizace pohyboval mezi 40-50 lety a byly dlouholetými pěstovkami a zkušenými pracovníci v oblasti náhradní rodinné péče a péče o osoby se zdravotním postižením.

Důležitým se ukázal také vliv členů rodiny a zejména pak příbuzných. Rodiny, v jejichž příbuzenstvu se nachází někdo, kdo je blíže obeznámen s problematikou náhradní rodinné péče, měly v rozhodnutí o přijetí dítěte s postižením větší podporu. Členové příbuzenstva mohou rodině zároveň v případě potřeby poskytnout zázemí, čehož respondentky šetření, jež takové vztahy mají, rády využívají. Jde-li o členy rodiny, potvrdilo se (Škoviera 2006, s. 54), že rozhodnutí o přijetí dítěte vychází většinou od matek a otcové jsou těmi, kdo je v rozhodnutí posléze podpoří. Nezbytnou se pro lepší adaptaci rodiny na novou situaci a rozplynutí obav, plynoucích z neznalosti projevů dětí s postižením, ukázala také připravenost a souhlas biologických dětí, což zdůrazňovali i respondenti Sobotkové (2003, s. 73).

DVO 2: S jakými problémy se během realizace pěstounské péče u zdravotně postižených dětí matky-pěstounky setkaly a co jim pomáhalo v jejich zvládnání?

Druhá dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na zjištění problémů, s nimiž se během realizace pěstounské péče pěstounky dětí se zdravotním postižením setkaly. Otázka zároveň popisovala, co náhradním matkám pomáhalo v jejich zvládnání a jaké zdroje pomoci využívaly.

Za nejvíce problematické byly pěstovkami označeny tři oblasti: osobní historie dětí, kontakt s institucemi a biologickou rodinou a těžkosti spojené s péčí o děti. Zejména zpočátku pěstovkám způsobovaly obtíže důsledky osobní historie dětí. Jak uvádí Sobotková (2005), cizí dítě si do nové rodiny přináší kus osobní historie, jež je často nejasná. Pěstouni se tak musí potýkat s řadou problémů, které způsobuje negativní vliv biologické rodiny dítěte a pobyt

v ústavním zařízení a jež se spíše nadřazují nad problém postižení dítěte. I přesto však pěstounky udávaly, že je péče o děti s postižením složitá, především s ohledem na porozumění příznakům, projevům a potřebám dítěte, což v době, kdy přijímaly dítě do péče, vnímaly jako stresující. Jak dokládá výzkum Vágnerové (2009, s. 139), i biologické matky postižených dětí nejsou schopny vždy správně rozpoznat pocity a potřeby vlastního dítěte a adekvátně na ně reagovat. Je proto důležité, aby stejně jako ony měly i matky-pěstounky možnost se obrátit na kompetentního odborníka, který by jim pomohl dětem lépe porozumět a vše řádně vysvětlit.

S tím však souvisí další matkami pocíťovaný problém, že pro ně bylo obtížné najít u pracovníků potřebnou důvěru, podporu a ochotu naslouchat a participovat na řešení obtíží. S odborníky, s nimiž přišly do kontaktu při přijímání dítěte, měly spíše špatné zkušenosti. Na obdobné zkušenosti v souvislosti s neochotou úředníků poukazovala i Galusová (2004, s. 57). Vnímaly, že je těžké nalézt někoho, kdo rozumí dětem v náhradní rodinné péči, zvláště jde-li o dítě s postižením. K obdobným závěrům na základě svého výzkumu dospěla i Sobotková (2003, s. 60). Pěstounky na jedné straně oceňovaly možnost obracet se doporučené profesionály v pomáhajících profesích, nicméně po svých zkušenostech se snažily si raději samy vyhledávat odborníky, jimž by důvěřovaly a cítily z jejich péče podporu. Sobotková (2003, s. 60) uvádí, že i jiní pěstouni by rádi akceptovali odborné provázení. Muselo by však být založeno na důvěře, partnerském vztahu, důkladné znalosti rodin a dostatečném informování pěstounů.

Obtíží pro matky-pěstounky byl ale právě i nedostatek či nepřesnosti v informacích o stavu dítěte. To, že pěstounky při jeho převzetí měly málo informací, bylo popsáno výše. Také Sobotková (2003, s. 57) uvádí, že pro pěstouny často bývá skryta prognóza dítěte, jeho minulost či dosavadní vývoj, i přestože je podle Bubleové (2007, s. 213) dobrá informovanost o stavu dítěte významným činitelem úspěšnosti pěstounské péče a měli by s ním být důkladně seznámeni. Po této zkušenosti nyní samy pěstounky budoucím pěstounům doporučují důkladně se seznámit s diagnózou a prognózou dítěte a ptát se na skutečnosti, jež by mohly vývoj dítěte v budoucnu ovlivnit. Problematickým se matkám jevil také kontakt s biologickou rodinou. V rozhovorech pak nikde nezaznělo, že by probíhala systematictější spolupráce obou rodin, což lze přičítat ztrátě zájmu původní rodiny participovat na životě dítěte s postižením a pocitu pěstounek, že v některých případech je lepší zamezit kontaktu s biologickou rodinou (Sobotková, 2003, s. 75). Všechny respondentky se taktéž setkaly s dlouhou čekací dobou na dítě. To, že ji označily za dlouhou, bylo dáno jejich očekáváními, že je možné dostat do péče děti s handicapem dříve než zdravé a také vědomím, že by se mělo dětem pomoci co nejrychleji, aby se neprodlužoval vliv deprivace na jejich osobnost.

Poslední zmíněnou oblastí byla časová i psychická náročnost péče o děti, spojená s pocitem nedostatku času na sebe, na což poukazoval i průzkum Galusové (2004, s. 87), který uváděl tato negativa pěstounské péče: neexistence kulturního života, nejistota a strach o život postiženého dítěte, méně osobní svobody, starost 24 hodin denně. Na místě je proto, jak pěstounky v rozhovorech samy uváděly (a zároveň doporučovaly i budoucím pěstounům), potřeba uvědomit si své limity a svou touhou pomoci co nejvíce dětem však nepřecenit vlastní síly a možnosti rodiny, jelikož náročná péče o dítě s postižením přináší rodině zároveň řadu omezení. I přes tyto obtíže však respondentky vyzdvihovaly pozitiva a pocit radosti z přijetí dětí nad vyčerpáním a starostmi, které péče přináší, obdobně jako matky ve výzkumu Vágnerové (2009, s. 129 a 307).

To, co matkám pomáhá ve zvládnutí péče o přijaté děti, jsou jak vnější, tak i vnitřní zdroje pomoci. Jak již bylo uvedeno, pomoc vyhledávají u odborníků, u nichž cítí podporu a zájem o rodinu. Přínosem je pro ně také možnost sdílení s ostatními pěstouny. U matky-samoživitelky s těmi, které poznala během akcí neziskových organizací, u dalších dvou respondentek s pěstounkami, které jsou zároveň jejich kolegyněmi nebo příbuznými, a které tak jejich problémům mohou více porozumět. Je proto velmi důležité, aby pěstouni věděli, na koho se mohou v případě nouze obrátit, což bylo i jedním z jejich další doporučení.

Pěstounky vnímaly, že důležitým zdrojem opory jsou pro ně také samotné děti s postižením. Poukazovaly shodně na jejich schopnost empatie, stejně jako matky ve výzkumu Vágnerové (2003, s. 137), které u svých dětí s postižením akcentovaly vnímavost, empatii, dobrosrdečnost jako atributy, které jim napomáhají ke spokojenosti a čemuž velkým dílem přispívají svou péčí o ně vlastně i ony samy. Oboustranně naplňující vztah zároveň dává dětem možnost rozvíjet se v mnoha dalších směrech, čímž dosahují mnohých zlepšení, které zpětně napomáhají matkám vidět význam jejich každodenního úsilí, jak to zhodnocuje taktéž Vágnerová (2009, s. 253).

Významné se ukázaly také vnitřní zdroje pomoci. Jelikož respondentky byly nebo stále jsou pracovníci pomáhajících profesí, v péči o děti uváděly jako důležité dosavadní zkušenosti z pracovní a studijní dráhy. Hovořily o sobě také jako o psychicky odolných, otevřených, s aktivním přístupem k životu, s ochotou se sebevzdělávat, předávat své poznatky a zkušenosti dále a podílet se na svém osobním a profesním růstu, což zároveň obohacuje a pomáhá jim samotným. Všechny tyto charakteristiky považuje Škoviera (2007, s. 67 – 68) za důležité pro náhradní rodičovství. Matky odpovídaly, že se zároveň i přes náročnost péče o děti,

snaží věnovat i sobě samým. Potřebu myslet i na sebe (pro odpočinek a zvládnání dlouhodobé zátěže) proto pokládaly za velmi důležitou, stejně jako Fitznerová (2010, s. 97) a matky dětí s postižením z výzkumu, který prováděla Vágnerová a kol. (2009, s. 302).

DVO 3: Jaký význam pěstounské péči o dítě se zdravotním postižením matky-pěstounky přikládají?

Třetí výzkumnou otázkou byly zjišťovány názory pěstounek na to, jaký význam přikládají pěstounské péči u handicapovaných dětí. Na základě výpovědí respondentek bylo možné identifikovat dvě kategorie: přínos pro dítě a přínos pro rodinu, tj. její členy, včetně jich samotných. Na význam pěstounské péče u dětí samotných bylo poukázáno již v okruhu výše v souvislosti s tím, že jsou kromě jiného pokroky dětí matkami vnímány jako důležitý zdroj energie, pocitu smysluplnosti práce a satisfakce za náročnou péči o dítě. Ke stejnému závěru došla i Vágnerová (2009, s. 253). Na tomto místě je i přesto třeba shrnout konkrétní zjištění týkající se pěstounkami vnímaného posunu dětí za dobu realizace pěstounské péče. Matky vnímaly přínos dětem zejména v oblasti somatického vývoje, rozvoje sebeobslužných a komunikačních dovedností a u některých dětí i v oblasti intelektuálního rozvoje. Pro ně samotné jsou pokroky dokladem toho, že pěstounská péče u těchto dětí má smysl, uvědomují si, jak důležitý krok v jejich životě udělaly a že svým vkladem (byť ověřeným mnoha problémy či starostmi) přispěly dětem na cestě za lepšími vyhlídkami do budoucna.

Přes mnohé problémy spatřovaly pěstounky příchod dítěte do rodiny za přínosný. Jak pro ně samotné, tak i pro rodinu, stejně jako to popisuje Vágnerová (2009, s. 306 – 307). Pěstounkám se dle jejich slov otevřel prostor pro sebepoznání, intelektuální a profesní růst, práci na sobě samých, jelikož byly „nuceny“ se mnohým věcem naučit, mnohé věci si vyzkoušet, mnohé informace si vyhledat a být i vnímavějšími, aby mohly přijatým dětem porozumět a adekvátně tomu jim pomoci. Porozumění dětem s postižením bylo i tím, co se naučily respondentky ve výzkumu Vágnerové (2009, s. 128). Děti se tak pro pěstounky staly obohacením a zdrojem nových zkušeností a poznatků, ač byly někdy vykoupeny i značným úsilím a pocitem vyčerpání (Vágnerová, 2009, s. 126 – 129; Sobotková, 2003, s. 71).

Přínos dítěte pro rodinu vnímaly pěstounky zejména vzhledem ke změně postojů členů rodiny vůči dětem či obecně lidem se zdravotním postižením a k větší otevřenosti a uznání hodnoty těchto lidí. Vágnerová (2009, s. 126 – 127), uvádí obdobné závěry, ale změnu postojů k handicapovaným spojuje s matkami, které však byly již předtím zaměřené jinak než majoritní

část populace, jež o problematice lidí s postižením mnoho informací nemá. Galusová (2004, s. 86) na základě svého průzkumu dodává, že pěstounským rodinám přijetí dítěte přineslo kromě cenných zkušeností a změny životních hodnot také životní spokojenost, šťastný domov, pocit naplnění, krásné vztahy a možnost spoluprožívat něco společného, blízkého.

DVO 4: Jak matky-pěstounky zhodnocují průběh pěstounské péče a jaká doporučení jim z toho vyplývají?

Respondentky se k poslední otázce vyjadřovaly v souvislosti s naplněním vlastních očekávání. Shodně potvrdily, že jejich rozhodnutí pro přijetí dítěte do péče bylo správným a že o něm dnes, i přes náročnost péče o děti, nepochybují. Stejně tak svého rozhodnutí pečovat o dítě s vážným zdravotním handicapem nelitují respondenti z průzkumu Galusové (2004, s. 58). Někteří z nich by byli ochotni si vzít ještě další dítě, jemuž by mohli pomoci, stejně jako respondentky tohoto šetření. Z vlastních zkušeností však pěstounky vědí, že v první řadě je potřeba pomoci těm dětem, které nyní mají, přihlédnout také ke svému věku a svým silám, aby takovou péčí byly schopny ještě zvládnout. Pouze jedna z respondentek uvažovala nad otázkou vhodnosti kombinace dětí různého věku a různého postižení vzhledem k problémům, které z toho pro rodinu nyní pramení. Nicméně i tato pěstounka, stejně jako další dvě respondentky, vnímá přijetí dětí s postižením jako obohacující a uspokojující, přestože se u některých z přijatých dětí projevilo jejich postižení až později. Ve výzkumu Vágnerové (2003, s. 253) dokonce polovina žen z celkového počtu dvaceti oslovených považovala přijetí zdravotně postiženého dítěte za největší životní zážitek. Otázkou pro jiný výzkum by však mohlo být, jakým způsobem příchod dítěte do rodiny vnímaly a jak jej zvládaly matky z jiných než pomáhajících profesí či matky-osvojitelky, u jejichž dětí se postižení prokázalo později.

Pěstounky také uvažovaly, nad čím vším by se potenciální budoucí pěstouni měli zamyslet, aby realizace pěstounské péče u dětí s postižením mohla být úspěšná. Rady vycházely jak z toho, s čím se ony samy musely během let potýkat, a co stojí za to zvážit, tak i z toho, co se jim samotným osvědčilo a na co by rády poukázaly, že může pomoci i ostatním. Na prvním místě by dle pěstunek mělo být uvážení vlastních předpokladů, psychických a fyzických sil a ochoty k osobnímu rozvoji. Doporučovaly také řádně zvážit míru tolerance vůči určitému postižení a své limity, tj. vědět, jaké dítě je ještě v jejich silách a jaké už nikoliv. Stejná doporučení pěstounských rodin zaznívala i ve výzkumu Sobotkové (2003, s. 73), kdy rodiny uváděly jako nezbytný předpoklad úspěšné realizace pěstounské péče kromě vědomí vlastních preferencí ještě bezvýhradné přijetí dítěte, partnerský soulad a trpělivost a toleranci. Současně

by se dle respondentek měli pěstouni co nejvíce informovat o diagnóze a prognóze dítěte, uvědomit si, co péče o konkrétní dítě může obnášet a dle toho se rozhodovat. Důležitost připravenosti, poučenosti a také informovanosti o možnostech odborné pomoci vyzdvihovaly jak pěstounské rodiny ve výzkumu Sobotkové (2003, s. 74), tak i pěstounky a osvojitelky ve výzkumu Vágnerové (2009, s. 305). Matky dále považovaly za důležité zvážit různá omezení, která rodině může přinést přijetí dítěte s postižením (v souvislosti s neustálou starostí o děti, potřebou hlídání, dopadem na dosavadní životní styl a styk s blízkým okolím). Poukazovaly na potřebu psychohygieny a jedna z pěstunek také na zvážení finančního zatížení rodiny z důvodu cen různých kompenzačních prostředků atp. (Galusová, 2004, s. 86). Pěstounky si dále uvědomovaly, že cílem pěstounské péče je v první řadě pomoc ohroženým dětem. Doporučovaly proto, aby pěstouni zvažovali své hranice, limity a schopnosti vzhledem k počtu přijatých dětí tak, aby byli schopni se o tyto děti řádně postarat a naplnit jejich potřeby. Nebrat si více dětí brzy po sobě, nechat prostor pro adaptaci – i tato doporučení uváděli respondenti, se nimiž vedla své rozhovory Sobotková (2003, s. 74).

Jak již bylo uvedeno, poslední řádky závěru šetření patří diskusi nad omezeními realizovaného šetření a možnostmi, jak obdobná šetření v budoucnu obohatit či zlepšit. Omezením by v případě této práce mohl být nízký počet respondentek. I přes velkou snahu oslovit ke spolupráci přes různé organizace, které se věnují pěstounským rodinám, alespoň čtyři respondenty, byly do šetření zapojeny jen tři matky-pěstounky. Dvě z oslovených pěstunek, na něž se zdařilo sehnat kontakt, na prosbu o spolupráci bohužel nereagovaly. Z tohoto důvodu bylo nakonec při zpracovávání rozhovorů přistoupeno ke zvolení techniky vyložení karet, která umožnila zachytit zkušenosti jednotlivých matek-pěstunek, poukázat na shodnosti či rozdíly v jejich výpovědích a vytvořit určitý rámec, na jehož základě bylo možné podrobnou deskripci a interpretaci kódů spadajících do jednotlivých kategorií, vyvodit určité závěry šetření. Záměr práce, který se vztahoval k popisu zkušeností matek-pěstunek, které přijaly dítě se zdravotním postižením, byl i přes toto úskalí splněn. Počet respondentek bohužel snížil možnost zobecnění získaných poznatků na širší spektrum pěstounských rodin s dětmi s postižením. Ze zpětného pohledu by práci (event. další obdobné práce) mohlo více obohatit dlouhodobější šetření s možností získat od pěstunek hlubší data o jejich osobní a rodinné anamnéze, anamnéze nově přichozích dětí s postižením a vypracování podrobných kasuistik, zahrnujících na základě rozhovorů všechny důležité momenty života pěstounských rodin s dítětem s postižením, neboť bohužel některé z nich v této práci zůstaly vzhledem ke košatosti výpovědí matek-pěstunek nepodchyceny. Ty by zároveň sloužily jako jeden výstupů práce. Výsledky tohoto šetření však i přesto mohou představovat východisko pro další výzkumy v této oblasti.

„Tu však jsem náhle viděl, že mohu pro druhého něco znamenat už jenom tím, že tu jsem, a že ten druhý je šťastný, protože jsem u něho. Když se to takhle řekne, zní to velmi prostě, ale když pak o tom člověk přemýšlí, je to obrovská věc, která vůbec nemá konce. Je to něco, co člověka může úplně roztrhat a změnit. Je to láska, a přece něco jiného.

Něco, pro co lze žít. Pro lásku člověk žít nemůže. Ale pro člověka jistě!“

(Erich Maria Remarque)³¹

Na závěr již jen poslední slova k práci, která měla v ucelenější podobě nahlédnout na téma pěstounské péče u dětí se zdravotním postižením. Teoretická část práce seznamuje s problematikou zdravotního postižení, péče o rodiny a děti se zdravotním postižením, posléze shrnuje dosud známé poznatky o náhradní rodinné péči, které spojuje s informacemi o stavu pěstounské péče na území České republiky. V grafické podobě jsou v textu zpracovány tabulky, vycházející z dostupných statistických údajů, které dávají možnost srovnání a srozumitelnějšímu uspořádání různě publikovaných informací o vývoji počtu dětí v pěstounských rodinách, počtu pěstounských rodin a jejich přírůstku, počtu dětí se zdravotním postižením svěřených do pěstounské péče atd., a to za co nejširší období. Teoretická část, jíž uzavírají poznatky o odborné pomoci pěstounským rodinám, tak nabízí komplexnější, avšak svým zaměřením na oblast zdravotního postižení zároveň i trochu jiný pohled na problematiku pěstounské péče.

Mohla by být zajímavým dílem pro všechny, kteří se o tuto problematiku zajímají, aby měli možnost se v jedné publikaci dozvědět, jak pěstounská péče vypadala v historii a jak v současné době, kam se ve vztahu ke zkvalitňování pěstounské péče ubírají úvahy odborníků a státních orgánů atd. Mohla by také sloužit i jako rádce pro ty, kteří by rádi věděli, jak probíhá postup při zprostředkování dítěte do náhradní rodinné péče, co vše je při realizaci pěstounské péče u dětí s postižením dobré znát a na koho je možné v případě potřeby obrátit.

Empirické šetření přibližuje životní zkušenosti (názory, pohledy, pocity) matek-pěstunek, které se rozhodly do své péče přijmout handicapované dítě, a nastavuje tak očima pěstunek zrcadlo důležitým momentům života pěstounských rodin s dětmi s postižením. Zprostředkovává konkrétní a reálný pohled na to, s čím se pěstounky za léta zkušeností

³¹ Převzato z: <http://citaty.net/>.

setkávaly nebo setkávají, co jim péče o děti s postižením přináší, ale i co jim naopak jejich úsilí ztěžuje. Výsledky poukazují na to, že matky-pěstounky i přes náročnost péče o dítě a další problémy, které vyplývají z osobní historie dítěte a jejich zkušeností se spoluprací s odborníky, považují realizaci pěstounské péče u dětí s postižením za cennou zkušenost, která nejen jim, ale i jejich rodině dala možnost k osobnímu rozvoji a přijatým dětem příležitost k tomu, aby se v budoucnu lépe mohly začlenit do běžného společenského života. O významu pěstounské péče u takto postižených dětí pak vypovídají slova matek o pokrocích svěřených dětí.

Přínos empirické části je možné spatřovat v tom, že dává široké veřejnosti možnost nahlédnout na málo zkoumanou problematiku tak, aby si mohla utvořit obrázek o tom, jak pěstounská péče u dětí s postižením vypadá a co obnáší. Práce by tak zároveň mohla podpořit informovanost o tématice, jež je leckdy v různých médiích popisována zjednodušeně. Důležité je, aby i nezainteresovaní lidé viděli, že navzdory někdy negativně předkládanému obrazu pěstounské péče v dnešním světě existují lidé, kteří na úkor své kariéry, bezstarostného života a jiných omezení, jsou ochotni věnovat svůj čas, lásku, péči a sebe samotné ve prospěch cizích, potřebných dětí. A že se o ně starají tak, aby děti prospívaly a mohly se později plnohodnotněji začlenit do společnosti, což je i cílem integrace zdravotně postižených dětí vyrůstajících ve vlastních rodinách. Všem, kteří se na tom podílejí, patří na tomto místě velké uznání a obdiv.

V souhrnu by tedy celá práce mohla ukázat cestu potenciálním náhradním rodičům, kteří zvažují přijetí dítěte, u něhož by byli ochotni tolerovat určité postižení, a kteří nevědí, s čím se mohou setkat, co jim péče o dítě s postižením může přinést a nejsou si tedy jisti, zda právě toto bude krok správným směrem. A možná, že právě tito rodiče, kterým děti již odrostly nebo už nemohou mít vlastní a stále cítí, že mají sílu předávat kus sebe samých dále, se po přečtení celé práce a dalších příběhů pěstounských rodin, na něž bylo odkazováno v úvodu, rozhodnou dát domov některým dětem, vyrůstajícím v ústavních zařízeních, které šanci na umístění v náhradní rodině oproti ostatním dětem nemají až tak velikou. Tak jako to udělaly pěstounky, o nichž a jejich dětech byla řeč na předchozích řádcích.

Stejně jako byl i úvod práce započat citátem z knihy, zdá se příhodné ji zakončit stejně výstižným citátem: „*Víš, náhradní rodičovství je obrovská škola tolerance a vzájemnosti. Nevěděli bychom nic o životě, kdybychom se nerozhodli přijmout mezi sebe děti z „děcáku“. Asi bychom teď jako největší starost řešili, jestli pojedeme v zimě do Jeseníků nebo do Krkonoš. Přijaté děti daly našemu životu nový rozměr. Nesmírně nás obohacují a doufám, že i my je.*“ (Zezulová, 2006, s. 8).

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

1. ARCHEROVÁ, Caroline. *Dítě v náhradní rodině. Nejčastější problémy při výchově mladších dětí v náhradní rodině*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 120 s. ISBN 80-7178-578-4.
2. BECHYŇOVÁ, Věra. *Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
3. BISKUP, Pavel. Handicapované dítě a jeho šance v náhradní rodinné péči. *Náhradní rodinná péče*. 2002, V, II/2002, s. 24. ISSN 1212-3765.
4. BLOVSKÁ, Gabriela. Možnosti dětí s postižením v ústavní péči. *Náhradní rodinná péče*. 2002, V, II/2002, s. 25 – 29. ISSN 1212-3765.
5. BUBLEOVÁ, Věduna. Děti potřebují rodiče, rodiče potřebují děti. In *Osvojení a pěstounská péče*. MATĚJČEK, Zdeněk, ed. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3. S. 11 – 27.
6. BUBLEOVÁ, Věduna. Historický vývoj péče o opuštěné děti. *Náhradní rodinná péče*. 2000, III, 1/2000, s. 46 – 51. ISSN 1212-3765.
7. BUBLEOVÁ, Věduna. Současná situace a typy náhradní rodinné péče. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha : Ireas, Institut pro strukturální politiku, o.p.s., 2007. ISBN 978-80-86684-47-5. S. 207 – 218.
8. BUBLEOVÁ, Věduna; KOVAŘÍK, Jiří. Organizace náhradní rodinné péče. In *Náhradní rodinná péče : průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. MATĚJČEK, Zdeněk a kol. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8. S. 31 – 42.
9. BUBLEOVÁ, Věduna; VÁVROVÁ, Alena. *Otázky z oblasti pěstounské péče. Vzdělávání pro pěstouny a zájemce o pěstounskou péči*. 1. vyd. Praha : Sdružení SOS dětských vesniček, 2010. Sociálně-právní ochrana dětí, náhradní rodinná péče, 35 s. ISBN 978-80-86396-55-2.
10. DUNOVSKÝ, Jiří a kolektiv. *Sociální pediatrie : vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
11. FITZNEROVÁ, Ivana. *Máme dítě s handicapem*. 1.vyd. Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6.

12. FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
13. GABRIEL, Zbyněk; NOVÁK, Tomáš. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1788-3.
14. GALUSOVÁ, Veronika. *Děti s vážným zdravotním postižením v náhradní rodinné péči*. Praha, 2004. 89 s. Písemná práce k bakalářské zkoušce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
15. HANUŠOVÁ, Ludmila; HRDINOVÁ, Andrea; ŠTĚTKOVÁ, Petra. *Péče o ohrožené děti ve Středočeském kraji. Analýza potřeb a služeb*. Praha : Rozum a cit, 2009. 101 s. ISBN neuv.
16. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
17. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
18. KOLUCHOVÁ, Jarmila. Potřebují adoptivní a pěstounské rodiny odbornou pomoc? *In Osvojení a pěstounská péče*. MATĚJČEK, Zdeněk, ed. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3. S. 47 – 52.
19. KOVAŘÍK, Jiří a kol. *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-957-7.
20. LANGMEIER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. Třetí, doplněné vydání. Praha : Avicenum, 1974. 400 s. ISBN 08-049-74.
21. MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
22. MATĚJČEK, Zdeněk a kol. *Náhradní rodinná péče : průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 183 s. ISBN 80-7178-304-8.
23. MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Vyd. neuv. Praha : Portál, 1994. 104 s. ISBN 80-85282-83-6.

24. MATĚJČEK, Zdeněk, ed. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 155 s. ISBN 80-7178-637-3.
25. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Praha : H&H, 2001. 151 s. ISBN 80-86022-92-7.
26. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
27. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
28. NOVOTNÁ, Ivana. *Pěstouni a jejich cesta k přijetí dítěte s mentálním postižením*. Olomouc, 2009. 70 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
29. ROTREKLOVÁ, Eva; WESSELÁ, Veronika; KOTEK, Miloslav. Příprava pěstounů a osvojitelů. *Náhradní rodinná péče*. 2003, VI, II/2003, s. 30-31. ISSN 1212-3765.
30. ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. 3., doplněné vyd. Praha : Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
31. SATIROVÁ, Virginia. *Kniha o rodině*. 1. vyd. Praha : Práh, 1994. 351 s. ISBN 80-901325-0-2.
32. SLOWIK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
33. SOBOTKOVÁ, Irena. *Pěstounské rodiny : jejich fungování a odolnost*. 1. vyd. Praha Ministerstvo práce a sociálních věcí : 2003a. 144 s. ISBN 80-86552-62-4.
34. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 2., přepracované. Praha : Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
35. SOBOTKOVÁ, Irena. Výzkum pěstounských rodin – co ukázaly rozhovory. *Náhradní rodinná péče*. 2003, VI, II/2003b, s. 28 – 31. ISSN 1212-3765.

36. STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. 1. vyd. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno : Sdružení Podané ruce a nakladatelství Albert, 1999. 202 s. ISBN 80-85834-60-X.
37. STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. *Adopce.com. Průvodce náhradní rodinnou péčí*. 3. vyd. Praha : Obecně prospěšná společnost při Nadaci Terezy Maxové, 2007. 32 s. ISBN neuv.
38. SVOBODA, Mojmír; KREJČÍŘOVÁ, Dana; VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
39. ŠKOVIERA, Albín. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-318-5.
40. ŠVARÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
41. VÁGNEROVÁ, Marie; STRNADOVÁ, Iva; KREJČOVÁ, Lenka. *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2009. 335 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
42. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. uprav. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
43. VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 1999. 231 s. ISBN 80-7184-929-4.
44. VANČURA, Jan. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Brno : Barrister & Principal, 2007. 152 s. ISBN 978-80-87029-14-5.
45. VÁVROVÁ, Alena. Proces vyřizování žádosti. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha : Ireas, Institut pro strukturální politiku, o.p.s., 2007. ISBN 978-80-86684-47-5. S. 219 – 229.
46. VOTAVA, Jiří a kolektiv. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
47. VÝROST, Jozef; SLAMĚNÍK, Ivan, ed. *Aplikovaná sociální psychologie I*. 1.vyd. Praha : Portál, 1998. 384 s. ISBN 80-7178-269-6.

48. ZEZULOVÁ, Dagmar. *Domov je místo, odkud tě nevyhodí*. Olomouc : V.U.G., 2006. 1. vyd. 113 s. ISBN: 80-903799-0-7.

Internetové zdroje

49. BUŘVALOVÁ, Denisa, REITMAYEROVÁ, Eva. *Tělesně postižený* [online, PDF]. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4. Dostupné z WWW: <<http://www.viod.cz/editorassets/download/postizeny.pdf>>.

50. *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2009* [online, PDF]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010, 19. květen 2010 [cit. 2010-12-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskych-domovu-pro-deti-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-de>>.

51. HANUŠOVÁ, Ludmila; JENÍČKOVÁ, Natálie, UHLÍŘOVÁ, Veronika. Problematika příbuzenského náhradního rodičovství. In *Problémy současné rodiny a náhradní rodinná péče : Sborník příspěvků z konference* [online, PDF]. Vyd. neuv. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2009 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <www.blokovygrant.cz/download.php?id=1372&typ=m>. S. 170 – 188.

52. KRŠKA, Martin. *Náhradní rodinná péče* [online]. Praha : Magistrát hl. m. Prahy, 2006, © 2009 [cit. 2010-12-28]. Dostupné z WWW: <<http://magistrat.praha-mesto.cz/Urady/Odbory-magistratu/socialni-pece-a-zdravotnictvi/area5188>>.

53. LAZECKÝ, Lukáš. Motivace žadatelů o NRP. In *Sborník příspěvků Konference Dítě v systému náhradní rodinné péče* [online, PDF]. Vyd. Neuv. Brno : Sdružení pěstounských rodin, 2008 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.pestouni.cz/pestouni/clanky/cz/12/sbornik-prispevku-i-konference-dite-v-systemu-nahradni-pece/>>. S. 32 – 40.

54. *Metodické doporučení MPSV č. 7/2009 k odbornému posuzování žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7271/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-7.pdf>.

55. *Metodické doporučení MPSV č. 8/2009 k postupu a cílům psychologického vyšetření žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péči* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7272/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-8.pdf>.

56. MPSV Odbor 21. *Dávky pěstounské péče* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009 [cit. 2010-10-18]. Dostupné z WWW: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/pestounska_pece>.
57. *Nevládní zpráva o plnění Úmluvy o právech dítěte v České republice* [online, PDF]. Praha : V zájmu dítěte, o. s. , 2010 [cit. 2010-11-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.vzd.cz/nevladni-zprava-vzd-o-dodrzovani-umluvy-o-pravech-ditete>>.
58. *Organizace zaměřené na náhradní rodinnou péči dle krajů* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010 [cit. 2010-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7299/Organizace.pdf>>.
59. *Pěstouni mají právo na služby* [online]. Praha : Občanské sdružení Rozum a Cit, 2007 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <http://www.pestounskapece.cz/do_zprava.php>.
60. PLÍVOVÁ, Viktorie. *Počet dětí v pěstounské péči stoupá.* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010 [cit. 2010-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/9528/24092010-opr.pdf>>.
61. SOBOTKOVÁ, Irena. *Přebývala nám láska-přijali jsme dítě* [online]. HR-SERVER.CZ, 2005, © 2001-2011 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <http://www.hr-server.cz/common/vlastni_clanek_detail.asp?c_id=199&o_id=1301>.
62. *SOS dětské vesničky* [online]. Praha : SOS dětské vesničky, 2010, © 2010 [cit. 2010-12-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/sos-detske-vesnicky/>>.
63. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010 [cit. 2010-12-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8538>>.
64. *Statistická ročenka školství – 2009/2010 – výkonové ukazatele* [online]. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání, 2010, © 2006-2010 DI & DSIA [cit. 2010-12-29]. Dostupné z WWW: <<http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>>.
65. SVOBODA, Martin. *Citáty slavných osobností* [online]. © 2007-2010 [cit. 2010-12-29]. Dostupné z WWW: <<http://citaty.net/>>.
66. *Úmluva o právech dítěte* [online, PDF]. Dětskápráva.cz, © 2002 – 2006 [cit. 2010-11-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.detskaprava.cz/soubory/umluva.pdf>>.

67. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009* [online], 2005. [cit. 2010-11-22]. Dostupné z WWW: <www.esfcr.cz/file/3766_1_1/>.

68. *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2010. © 2003-2010 [cit. 2010-12-26]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=o%20rodině&PC_8411_l=94/1963&PC_8411_ps=10#10821>.

69. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů* [online, PDF]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2010-10-18]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf>.

70. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů* [online]. Praha : Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004 [cit. 2009-02-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>.

71. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2010. © 2003 – 2010, [cit. 2010-10-18]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=>>.

Doplňková literatura

72. FRANTÍKOVÁ, Jana. Postižené dítě? Děkuji, raději ne! *Náhradní rodinná péče*. 2002, V, II/2002, s. 13 – 15. ISSN 1212-3765.

73. KONEČNÁ, Alena. *Nesviť mi do repráku!* 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2008. 65 s. ISBN 978-80-7255-189-7.

74. JANÁKOVÁ, Ludmila. *Dary se přece nevracejí*. 1. vyd. Praha : Triton, 2007. 189 s. ISBN 978-80-7387-028-7.

75. SOUKUPOVÁ, Hana. *Prožívat několik životů. Deset let v osudech pěstounských rodin*. 1. vyd. Společnost otevřená rodina, 2008. 138 s. ISBN 978-80-254-2191-8.

76. Středisko náhradní rodinné péče. Děti jako dar. *Náhradní rodinná péče*. 2002, V, II/2002, s. 16 – 17. ISSN 1212-3765.

